

Année 1923

THÈSE

N°

217

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE LAVERSIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 Décembre 1895, à Lillers (Pas-de-Calais)

Les Lois modernes d'assurances
sociales considérées des points de vue
biologique et médical

(A propos des projets de loi déposés au Parlement Français)

Président de thèse : M. le Professeur SERGENT

“ L'EXPANSION SCIENTIFIQUE
FRANÇAISE ”

23, Rue du Cherche-Midi = PARIS

1923

118

217

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

515

THESE

POTER F. DOCTORAL

EN MEDICINE

Année 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MAURICE LAVERSin

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 10 Décembre 1895, à Lillers (Pas-de-Calais)

Les Lois modernes d'assurances sociales considérées des points de vue biologique et médical

(A propos des projets de loi déposés au Parlement Français)

Président de thèse : M. le Professeur SERGENT

“ L'EXPANSION SCIENTIFIQUE
FRANÇAISE ”

23, Rue du Cherche-Midi = PARIS

1923

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique

MM.
 NICOLAS.
 CUNÉO.
 RICHET.
 André BROCA.
 DESGREZ.
 BEZANÇON.
 BRUMPT.
 Marcel LABBÉ.
 N...
 LECÈNE.
 LETULLE.
 PRENANT.
 RICHAUD.
 CARNOT.
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD.
 MENÉTRIÉR.
 ROGER.
 ACHARD.
 WIDAL.
 GILBERT.
 CHAUFFARD.
 MARFAN.
 NOBÉCOURT.

CLAUDE.
 JEANSELME.
 P. MARIE.
 TEISSIER.
 DELBET.
 LEJARS.
 HARTMANN.
 GOSSET.
 DE LAPERSONNE
 LEGUEU.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 FAURE.
 Auguste BROCA.
 VAQUEZ.
 SEBILLEAU.
 DUVAL.
 SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
 ABRAMI.
 ALGLAVE.
 BASSET.
 BAUDOUIN.
 BLANCHETIÈRE
 BRANCA.
 CAMUS.
 CHAMPY.
 CHEVASSU.
 CHIRAY.
 CLERC.
 DEBRÉ.

DESMAREST.
 DUVOIR.
 FIESSINGER.
 GARNIER.
 GOUGEROT.
 GRÉGOIRE.
 GUENIOT.
 GUILLAIN.
 HEITZ-BOYER.
 JOYEUX.
 LABBÉ (H.).
 LAIGNEL-LAVASTINE
 LANGLOIS.

LARDENNOIS.
 LE LORIER.
 LEMIERRE.
 LEQUEUX.
 LEREBoullet.
 LERI.
 LÉVY-SOLAL.
 MATHIEU.
 METZGER.
 MOCOQUOT.
 MULON.
 OKINCZYC.
 PHILIBERT.

RATHERY.
 RETTERER.
 RIBIERRE.
 ROUSSY.
 ROUVIÈRE.
 SCHWARTZ.
 STRROHL.
 TANON.
 TERRIEN.
 TIFFENEAU.
 VILLARET.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON AMI,

LEON MACAUX,

TOMBÉ AU CHAMP D'HONNEUR.

A MES PARENTS ET A MON FRÈRE

En témoignage de profonde affection.

A MON ONCLE

Avec mes remerciements pour l'intérêt
qu'il me porte.

A MON MAITRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT,

Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Les Professeurs LEMOINE, COMBEMALE et WIDAL;

Le Professeur agrégé SOULIGOUX;

Les Docteurs ARROU, chirurgien de l'Hôpital de la
Pitié;

BOUFFE DE SAINT-BLAISE, Médecin de
l'Hôpital Saint-Antoine;

MILIAN, Médecin de l'Hôpital Saint-
Louis;

CANTONET, Ophtalmologiste de l'Hôpi-
tal Cochin;

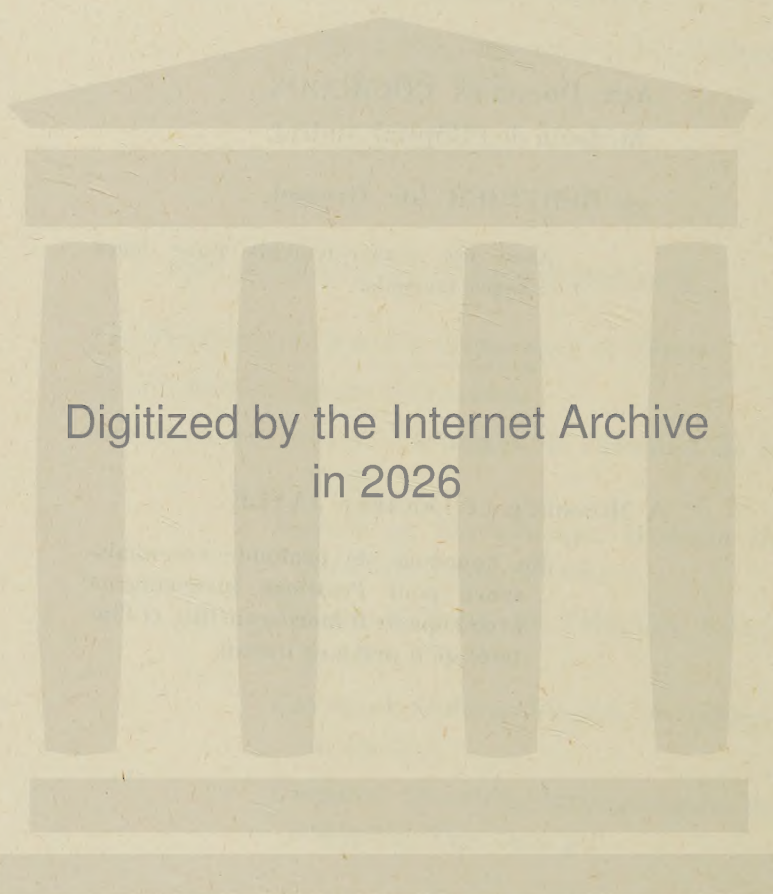
LAURENS, Oto-rhino-laryngologiste de
l'Hôpital Saint-Joseph.

AUX DOCTEURS COURCOUX,
Médecin de l'Hôpital Andral,
et BERTHIER (de Grasse).

Avec nos remerciements pour leurs
sages conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JAYLE

En hommage de profonde reconnais-
sance pour l'extrême bienveillance
avec laquelle il nous accueillit, et l'in-
térêt qu'il prit à ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aperçu Général

Les lois d'assurances sociales, prenant chaque jour une importance de plus en plus grande, et à l'exemple de l'étranger, deux projets d'assurances sociales : maladie-invalidité-vieillesse, ayant été successivement déposés sur le bureau de la Chambre française les 22 mars 1921 et 31 janvier 1923, il nous a paru intéressant d'étudier ces lois, et de rechercher si, tant au point de vue de leur origine que de leur fonctionnement, elles tiennent compte des lois biologiques et sont compatibles avec l'exercice d'une médecine utile.

Personne ne niera l'intérêt que nous, médecins, devons porter à ces lois en raison de leurs rapports étroits avec la santé publique, puisque à côté du paiement d'indemnités destinées à faciliter l'existence des vieillards et des invalides, elles ne tendent à rien moins qu'à assurer les soins médicaux à la moitié environ de la population des états qui les ont adoptées. On peut donc dire que c'est d'elles que dépend en grande partie la santé de ces nations.

N'oublions pas non plus que c'est cette masse de petites gens visée par les lois d'assurances sociales qui forme le vrai fonds national, celui dont la valeur et la fécondité assurent la vie de la nation et le renouvellement constant de l'élite. C'est dire assez toute l'importance de ces lois pour la santé et la vie d'un pays.

Une autre raison incite encore les médecins à étudier ces lois, c'est que sentant la nécessité d'une étroite collaboration avec eux, le gouvernement n'hésite pas dans l'« Exposé des motifs » du projet de loi, déposé à la Chambre le 22 mars 1921, à lancer un appel direct dans ce sens au Corps médical français tout entier :

Le Corps médical (1) sera directement associé à cette œuvre dans l'intérêt général comme dans son intérêt propre. Le Corps médical, avec la haute et claire notion des devoirs qu'il a envers le pays, saura, sans méconnaître ses intérêts propres, se plier, pendant les premières années d'application de la loi, aux nécessités financières qui s'imposent. Le Corps médical se mettra en mesure d'accomplir cette tâche nouvelle, digne de son dévouement et de son patriotique effort.

Et, précisément, il nous semble que l'étude de ce projet de loi et des lois similaires d'assurances sociales, rentre bien dans le cadre du « patriotique effort » qu'on nous demande, car d'elles dépend, comme nous venons de le voir, un peu de l'avenir de la nation.

(1) p. 24.

On aurait pu croire, a priori, que par le fait même qu'elles tendent à assurer des soins aux malades, à permettre aux invalides et aux vieillards de vivre, en un mot à prévoir pour ceux qui ne prévoient pas, ces lois, d'apparences si justes et si humaines, ne pouvaient qu'être étayées sur des bases biologiques solides, et n'apporter aux peuples que des bienfaits.

Cependant, avant que nous n'ayons en aucune manière étudié la question, un doute s'éleva dans notre esprit : une importante assemblée de praticiens français, l'Union des syndicats médicaux de France, au cours de l'une des séances consacrées à l'étude des lois d'assurances sociales, fut appelée à délibérer sur un ordre du jour ainsi conçu :

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France affirme sa volonté de ne pas s'opposer à l'établissement de l'Assurance Sociale, dont elle reconnaît les bienfaits.

Or il se fit que, sur des remarques faites au cours de la discussion, les mots « dont elle reconnaît les bienfaits » furent supprimés à l'unanimité. Le texte définitif, paru dans le *Médecin Syndicaliste*, est le suivant :

L'Assemblée générale de l'Union des Syndicats Médicaux de France affirme sa volonté de ne pas s'opposer à l'établissement de l'assurance sociale, mais elle déclare, etc.

Ainsi, en répudiant toute hostilité contre le principe des assurances sociales, cette assemblée n'en émettait pas moins un doute sur leur efficacité.

Mais cette assemblée a-t-elle raison de redouter ainsi l'infécondité de lois qui pour beaucoup d'esprits, et des meilleurs, constituent au contraire un moyen de donner une vitalité nouvelle à tout un pays ? Il nous a semblé que, pour en juger sainement, le mieux était de faire complètement abstraction de toutes les contingences, de tous les intérêts particuliers, tels en l'occurrence ceux du Corps médical ou de certains politiciens, et de s'efforcer de juger la chose d'une manière purement logique, en nous basant seulement sur des faits constants et des lois biologiques reconnues par tous. C'est ainsi que nous voulons aborder la question.

Nous ne devons pas perdre de vue que, si chez nous ces lois ne sont encore qu'à l'état de projets, plusieurs pays étrangers, que certains appellent plus avancés et d'autres moins clairvoyants, sont entrés avant nous dans la voie que nous voulons suivre. L'Allemagne surtout jouit de ses lois sociales depuis longtemps déjà, quelques pays l'ont imitée; d'autres, bien qu'un courant sérieux s'y soit dessiné en faveur de lois du même genre, ont hésité, refusé, ou hésitent encore actuellement à emboîter le pas derrière notre voisin de l'Est.

Nous ne négligerons donc pas l'étude forcément succincte de ce qui a été réalisé en dehors de chez nous et des résultats obtenus. Mais, là encore, nous devons éviter un double écueil : d'abord, ne pas généraliser trop rapidement les conclusions obtenues à l'étranger, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, car

il est un élément d'une extrême importance dont nous devons tenir compte dans ces sortes de questions, je veux parler des mentalités particulières à chaque peuple. Mentalités encore assez dissemblables pour qu'un système puisse réussir chez l'un, et échouer chez l'autre. Et, dans cet ordre d'idées, un seul exemple, vécu celui-là, suffira pour convaincre tous les esprits : Que serait-il advenu si nous avions traité nos soldats comme les Allemands traitaient les leurs ? Des révoltes et des désobéissances sans nombre ; ceci n'a pas besoin de démonstrations, il suffit d'être Français pour le comprendre. Et si les Allemands avaient traité leurs soldats comme les nôtres l'étaient ? La confusion la plus grande. Quiconque connaît un peu l'Allemagne ne nous démentira pas. Or, ces soldats d'hier, ce sont les ouvriers d'aujourd'hui. Donc, à mentalités profondément différentes, conviendront difficilement les mêmes systèmes. Méfions-nous des généralisations trop hâtives.

Il est un autre écueil dont nous devons aussi nous méfier, et plus encore peut-être, je veux parler de l'enthousiasme irraisonné qui, à l'étranger comme chez nous, accueille les nouveautés, et, à ce point de vue, l'étude de l'Allemagne sera beaucoup plus instructive que celle des autres peuples entrés dans la même voie longtemps après elle, et qui en sont encore pour la plupart à cet âge de l'enthousiasme facile, tels de grands enfants à qui l'on vient de donner un nouveau jouet !

Ce facteur d'erreur mis à part, ces lois qui inté-

ressent des nations tout entières, ne peuvent d'ailleurs donner leurs véritables résultats qu'après un nombre respectable d'années; sans doute, les résultats individuels se dégagent-ils dès les premières années de leur application, mais les résultats individuels importent peu, ils sont connus d'avance puisque ces lois tendent directement à leur obtention.

Ce qui ne se dégage que lentement, c'est l'influence générale sur la vie de la nation toute entière, sur sa moralité, sur sa fécondité même. Ne nous laissons donc pas fasciner par des résultats individuels immédiats qui ne nous cachent peut-être que le vide, et pourraient nous conduire aux pires déceptions.

Mis en garde contre les principaux écueils à éviter dans notre étude, nous pouvons maintenant serrer le problème de plus près, et nous sommes naturellement amenés à nous demander quelle est la véritable origine de ces lois modernes d'assurances sociales qui voudraient s'imposer au monde ?

II

Origine des Lois modernes d'Assurances sociales

En cherchant bien l'origine de l'assurance sociale elle-même, nous pourrions en trouver la trace à la limite des temps historiques. Nous y verrions les individus groupés en familles, soignant instinctivement les malades, respectant et entretenant les vieillards, avec l'idée très nette qu'on leur rendra les mêmes services dans les mêmes circonstances. D'ailleurs, ce désir de nous réserver une aide étrangère et efficace pour le moment où la maladie ou la vieillesse nous assailleront, n'est-il pas profondément enraciné en chacun de nous ? C'est une forme de l'instinct de conservation, il est inhérent à notre nature même.

Nous pourrions aussi étudier les différentes formes suivant lesquelles ce désir s'est réalisé au cours des siècles, mais cela nous entraînerait bien loin de notre sujet. Contentons-nous de signaler les principaux tournants de cette histoire, et en particulier le très grand rôle joué par le christianisme qui, jusqu'aux

temps modernes, monopolisa les organisations d'assurances sociales et qui, actuellement encore, en entretient une bonne partie dans divers pays.

Dès le début de la période contemporaine, nous voyons d'autres facteurs d'une importance bientôt capitale entrer en ligne de compte pour l'établissement des assurances sociales. C'est la naissance de la grande industrie qui va conditionner ce changement.

Les patrons sont émus à la vue des misères injustifiées que la maladie et la vieillesse font souffrir à leurs ouvriers. Les ouvriers groupés en masses plus importantes se rendent mieux compte des malheurs qui peuvent les atteindre, et aident par une contribution personnelle les patrons dans leurs œuvres de secours. Bientôt même, conscients de la force que leur donne le nombre, ils exigeront de leurs patrons, comme un dû, l'aide que ceux-ci leur donnaient librement, alors que certains la leur refusaient encore.

Enfin, dernière étape, c'est, dans le but de maintenir la paix intérieure, l'intervention de l'Etat avec ses lois d'assurances sociales, et c'est cette étape que nous voulons surtout étudier.

L'Etat, organisme politique, intervient dans un but politique, et c'est Bismark qui, le premier au lendemain de la guerre de 1870, effrayé de voir se dresser devant lui un parti socialiste puissant qui menace les institutions mêmes de l'empire, s'engage, pour rallier le peuple, dans la voie de la « politique sociale ». Si nous cherchons la base politique des lois et projets plus récents d'assurances sociales des différents Etats,

nous trouvons plus ou moins déguisé le mobile qui poussa Bismark, c'est-à-dire la menace socialiste envers les institutions mêmes des différents Etats. Et c'est, en effet, politiquement parlant du moins, la poussée socialiste de la fin et du lendemain de la guerre qui a occasionné ou tout au moins permis le dépôt du projet de loi français.

Sans vouloir, par anticipation, préjuger des résultats d'une loi en ne se basant que sur ses origines, nous voulons simplement dire que si pour certains le but du projet a été avant tout l'augmentation du rendement humain français, d'autres y ont vu surtout un nouveau moyen de modérer la marche vers la gauche de certaines masses populaires en paraissant les satisfaire; et ce projet ne peut pas ne pas s'en ressentir.

Nous voulons immédiatement nous excuser de parler politique. On comprendra facilement que, bien que notre but soit un exposé et une discussion surtout techniques et scientifiques des moyens employés et des résultats atteints, nous ne pouvons cependant pas, pour la bonne compréhension du sujet, perdre de vue son côté politique qui parfois le conditionne tout entier.

Ayant rapidement saisi, sans vouloir entrer dans aucune démonstration inutile pour le but que nous poursuivons, l'origine des assurances sociales qui se confond avec l'esprit de prévoyance inhérent à notre nature même, et ensuite, la raison de l'intervention de l'Etat dans ces assurances sociales, nous sommes immédiatement frappés par le changement de carac-

tère que l'intervention de l'Etat leur imprime. De cette entreprise privée elle fait une institution publique qui, de facultative et laissée à la libre prévoyance de chacun, devient obligatoire. Cette intervention, en un mot, lui donne tous les caractères habituels des lois, c'est-à-dire l'obligation sous peine de sanctions.

Et ces quelques considérations nous font immédiatement comprendre que bien qu'à première vue très voisines, les assurances et les lois d'assurances sociales n'en restent pas moins, du fait de la non-intervention ou de l'intervention de l'Etat, des institutions très différentes, si différentes même que nous nous proposons de les étudier séparément.

III

Les Assurances sociales

Nous avons déjà vu l'origine première de l'assurance sociale individuelle et familiale qui n'est qu'une forme de l'esprit de prévoyance et d'épargne. Il nous paraît presque inutile de légitimer cet esprit d'épargne que nous voyons inhérent à la vie même, à quelque stade que nous l'étudions : la plante la plus inférieure comme l'animal le plus élevé en organisation accumulent dans leurs tissus des réserves qui leur seront indispensables le jour où, pour une raison ou une autre, leurs nourritures habituelles viendront à manquer. Certains animaux, tels la fourmi et l'abeille par exemple, vont plus loin, et, ne se contentant plus de leurs réserves somatiques, sentent la nécessité d'accumuler des biens en nature indispensables pour survivre aux périodes saisonnières de disette.

L'Homme désire faire mieux encore. Il ne prévoit plus seulement pour une saison ou une année, il veut prévoir pour toute sa vie, et sentant la difficulté d'accumuler et de conserver la somme des biens matériels

qui lui deviendront nécessaires pour subsister en cas de maladie ou quand la vieillesse sera venue, il s'y prend autrement, et, par la création d'organismes spéciaux, de caisses d'assurances collectives, ayant souvent un caractère professionnel parce que les hommes ont une tendance naturelle et justifiée à s'unir et à s'entr'aider de la même manière qu'ils travaillent, il cherche à s'assurer un appui étranger certain et efficace, quand lui-même, pour une des raisons énoncées plus haut, se trouvera momentanément ou définitivement dans l'impossibilité de pourvoir à ses besoins et à ceux de sa famille.

Quoi de plus légitime, de plus biologiquement légitime ? L'Homme ne fait qu'adapter ici à sa nature supérieure, c'est-à-dire à perfectionner, cette notion d'épargne que nous venons de voir nécessaire à l'entretien de la vie dans toute l'échelle des êtres vivants. Etre supérieur et devenu sociable, il intéresse pour plus de sécurité toute une société à la conservation de sa propre vie, et, par réciprocité, il s'engage à s'intéresser à la conservation de la vie de tous les membres de cette même société. C'est là en résumé tout le principe des assurances sociales.

Principe merveilleux, nouveau progrès de l'humanité dans la voie de la prévoyance, mise en commun c'est-à-dire renforcement de l'esprit de prévoyance.

Ce n'est cependant pas l'avis de tous, et il est légitime de se demander, dans cette première forme d'assurances sociales, caractérisée avant tout par ce fait qu'aucun tiers n'entre dans la combinaison, que les

assurés sont en même temps ceux qui assurent, si sous cette façade d'épargne et de prévoyance en commun ne se cache pas en réalité un affaiblissement de l'esprit de prévoyance ? Nous ne le croyons pas. Comme nous venons de le dire, les membres de ces sociétés savent qu'ils ne peuvent compter sur aucune aide étrangère à ces sociétés mêmes, sur aucun capital qu'ils n'auraient pas produit et emmagasiné eux-mêmes au sein de leur société, et alors, loin d'être poussés par le fait de leur association à se laisser vivre et à compter sur les autres pour sauvegarder leur propre vie, c'est-à-dire à produire et à épargner moins, ils ont une tendance naturelle à soutenir par leur travail l'édifice qu'ils ont élevé, dans lequel ils ont mis leur espoir, et qui ne pourrait vivre sans eux. Bien plus, sentant la solidité plus grande d'un organisme soutenu par un nombre important d'individus dont les plus intelligents ont été mis tout naturellement à la tête puisque c'est l'intérêt de tous ; ayant de ce fait en cette société une confiance plus grande qu'ils n'auraient en eux-mêmes pour la conservation de leurs moyens d'existence future à cause même de la plus grande durée, de la plus grande puissance et de la plus grande intelligence de cette société, ils sont naturellement portés à épargner davantage, c'est-à-dire à produire plus que s'ils étaient restés individus isolés, et par là même exposés aux risques plus grands de l'épargne individuelle.

Il n'est nullement exagéré de dire que ces sociétés privées d'assurances sont un véritable stimulant à

l'épargne, au travail et à la vie par la plus grande sécurité qu'elles leur donnent. Comme nous l'avions déjà entrevu, ces assurances sont donc biologiquement normales et bonnes; normales parce qu'elles ne font que perfectionner une loi d'épargne que nous retrouvons chez tous les êtres vivants, bonnes parce que loin de mettre une entrave à la vie, elles la facilitent sans pour cela faire perdre le désir de l'action.

Mais, ce n'est pas tout, par le fait même qu'elles sont des entreprises privées, qui ne peuvent vivre que de leurs propres ressources, ces sociétés se trouvent dans l'obligation si elles veulent subsister de ne pas admettre dans leur sein ou d'en éliminer les individus tarés, que ces tares soient physiques ou morales, parce que leur incapacité de production les met à la charge de la société sans qu'ils puissent lui venir en aide. Cette élimination est d'ailleurs automatique. Ces êtres dégénérés n'arrivent pas à produire, par impossibilité matérielle ou par manque de volonté, la somme de travail nécessaire à l'entrée ou au maintien dans ces sociétés.

Ainsi donc, nous voyons cette institution nouvelle donner une supériorité de plus aux êtres les mieux développés sur les anormaux et les tarés, et, par là même, elle devient un nouveau moyen de sélection naturelle. Or, n'est-ce pas là le véritable critérium sur lequel nous devons nous baser pour apprécier si une nouvelle institution, un nouveau genre d'activité, tout ce que nous appelons si facilement un « progrès » en est véritablement un, biologiquement parlant ?

En effet, où que nous considérions l'échelle des êtres vivants, nous sommes immédiatement frappés par cette notion générale que tout progrès entraîne fatalement pour les êtres qui le possèdent une supériorité biologique sur les autres, c'est-à-dire un nouveau moyen de lutte pour la vie qui, en les faisant triompher plus facilement des êtres moins parfaits, assure d'une manière plus certaine et plus rapide la disparition de ces derniers, parce que leur imperfection même ne leur a pas permis d'acquérir cette nouvelle arme de lutte. En un mot, tout progrès dans la série vivante nous apparaît immédiatement lié à une nouvelle accélération et à un nouveau mode de sélection naturelle qui aboutit à un perfectionnement plus rapide de l'espèce.

C'est précisément ce caractère que nous venons de reconnaître à cette institution des assurances sociales privées. Elles sont donc bien, biologiquement parlant, un véritable progrès.

Mais, à côté de cette forme d'assurances sociales où les assurés sont en même temps les assureurs, nous avons déjà vu que d'autres formes plus ou moins voisines, s'étaient rapidement développées depuis la naissance de la grande industrie surtout. En effet, nous trouvons un peu partout en France, et les premières furent créées par les industriels alsaciens vers le milieu du siècle dernier, de ces caisses d'assurances sociales développées à côté d'une usine et en même temps que'elle.

Nous voyons ici un nouveau facteur entrer en ligne

de compte : c'est le patron qui, pour des raisons déjà envisagées plus haut : compassion à la vue des malheurs de ses ouvriers, désir de leur venir en aide, nécessité pour lui de les conserver, va s'intéresser à leur avenir. Et cela, le plus simplement du monde, en augmentant d'une certaine somme l'apport que l'ouvrier fait à la caisse d'assurances. L'assuré continue de payer, mais son assurance bénéficie en plus d'un versement de la part du patron.

En somme, si nous voulons y réfléchir un peu, cette intervention de l'employeur nous paraît absolument naturelle et logique. Tout patron a un intérêt direct et réel à la santé, au bien-être et à la fécondité de ses ouvriers. Son industrie souffrirait fatalement de leurs maladies, de leur mort ou de leur stérilité. Il les verrait disparaître et trouverait de grandes difficultés à les remplacer.

De plus, si le patron aide, il n'aide, par définition même, que son ouvrier, c'est-à-dire un homme qui travaille et qui produit pour lui, ce n'est donc de sa part qu'un mode de salaire déguisé, mode de paiement qu'il a jugé, et avec raison, plus profitable à ses ouvriers que la même somme distribuée en salaire proprement dit. Et cet ouvrier, il l'a choisi librement, c'est donc qu'il a vu en lui un bon travailleur. Nous trouvons là encore une sélection, sélection orientée vers le travail il est vrai, mais cette faculté de travail n'est-elle pas le principal critérium de santé et de perfection morale et physique de l'individu ?

Ainsi donc, dans cette forme d'assurances, la notion

de la nécessité du travail n'est aucunement affaiblie et demeure entière. L'ouvrier sent très bien que sa situation continue à dépendre essentiellement de son employeur, et par suite du travail qu'il fournit.

En résumé, cette intervention du patron ne nous apparaît pas comme devant modifier l'essence du principe d'assurances sociales qui nous est apparu comme un progrès, biologiquement parlant. Bien plus, cette intervention patronale ne peut qu'accentuer la sélection dans le sens du travail, et nous voyons là, en fin de compte, une nouvelle supériorité accordée aux êtres normaux et courageux.

Mais, après le patron, voici l'Etat qui intervient. Intervention ayant certains mobiles politiques, comme nous l'avons vu, mais intervention ayant d'abord pour but de généraliser simplement l'initiative de quelques patrons à toutes les industries, en rendant ce système obligatoire.

En assurances sociales, comme ailleurs, les généralisations a priori d'un système à tout un pays, parce qu'il a ici ou là produit des effets heureux, n'est en général pas à conseiller, car toute loi souffre des exceptions souvent nombreuses. Mais, cependant, tant que l'Etat se contente d'intervenir avec et après l'employé et l'employeur pour renforcer leur action et rendre l'aide accordée plus efficace, rien de mieux nous semble-t-il car l'initiative et le contrôle de la prévoyance restent aux intéressés eux-mêmes, ils demeurent libres et l'Etat ne les aide que s'ils s'aident déjà eux-mêmes et s'ils le veulent bien. De plus, le

choix des individus à aider demeure entre les mains des employés et des employeurs surtout, et par là même ce mécanisme de sélection, que nous avons déjà étudié, continuant à jouer, l'action de l'Etat ne fait que renforcer dans le même sens l'action de l'ouvrier déjà augmentée de celle du patron. Le résultat final ne peut donc qu'être bon, et cette nouvelle intervention étrangère ne fait que faciliter un peu plus encore l'existence des individus les plus parfaits et les plus travailleurs.

Mais bientôt, l'intervention de l'Etat va changer de sens, poussé surtout, à l'exemple de Bismark, par des mobiles politiques, il va élargir encore le cadre des assurances sociales. Ces mobiles politiques, nous les avons déjà entrevus. Les étudier plus longuement nous ferait sortir de notre sujet. Quelles que soient d'ailleurs les véritables raisons de l'intervention de l'Etat, raisons en réalité très complexes, elles importent peu pour notre étude. Le mobile qui les a engendrées ne change pas le caractère de ces lois modernes d'assurances sociales et ce sont ces lois seules que nous voulons apprécier.

Ce qui caractérise essentiellement cette nouvelle intervention de l'Etat, et en particulier le projet de loi français, c'est que, enlevant toute liberté aux individus, et sans tenir aucun compte de leur valeur dans la nation, c'est-à-dire sans faire intervenir aucun facteur de sélection, il les force par une loi à accepter son aide. Et c'est là le principe même de ces lois modernes d'assurances sociales que nous allons envisager maintenant.

IV

Les Principes des Lois modernes d'Assurances sociales et du Projet Français en particulier

Deux projets de loi ayant pour but l'institution des assurances sociales en France ont été successivement déposés sur le bureau de la Chambre : l'un, dit projet Vincent, le 22 mars 1921 et l'autre, le projet Grinda, le 31 janvier 1923.

Nous voulons immédiatement signaler que ce dernier projet marque un très grand progrès sur le projet gouvernemental de 1921. L'honneur en revient tout entier au Docteur Grinda qui en fut le rapporteur, et qui a certainement fourni là une très grosse somme de travail utile. Il est un grand nombre de reproches que nous aurions pu adresser au projet primitif et que nous devons taire en face du projet Grinda. C'est d'ailleurs le seul qui compte actuellement, et c'est lui que nous aurons en vue chaque fois que nous parlerons du « projet Français ».

Nous pensons d'ailleurs que ce dernier projet lui-même n'est pas définitif. Aux yeux de son éminent rapporteur, du gouvernement et des intéressés, il ne vaut, nous semble-t-il, que comme base solide de discussions, et c'est justement à ce titre que nous nous en occupons.

Nous ne pouvons reproduire ici, à cause de sa longueur même, ce projet français. Nous nous contenterons au cours de notre étude d'en citer ou d'en analyser les passages essentiellement importants à notre point de vue. Ce chapitre ne doit porter en effet que sur des questions de principe, et peu important toutes les modalités d'exécution minutieusement ordonnées dans le projet de loi.

L'article 2 du projet va nous faire toucher du doigt, mieux encore que nous ne l'avons fait jusqu'ici, le principe essentiel de ces lois d'assurances sociales.

ART. 2, § 1^{er}. — Sont assurés obligatoirement tous les salariés français de l'un ou l'autre sexe dont la rémunération n'excède pas 10.000 fr. Ce taux est augmenté de 2.000 fr. par enfant de moins de seize ans à la charge de l'assuré.

ART. 2, § 2. — Peuvent s'assurer facultativement les fermiers, cultivateurs, métayers, artisans, petits patrons, les travailleurs intellectuels non salariés et, d'une manière générale, tous ceux qui sans être salariés, vivent principalement du produit de leur travail, à la condition que leur revenu annuel ne soit pas supérieur à 10.000 fr. Ce taux est augmenté de 2.000 fr. par enfant de moins de seize ans à la charge de l'assuré.

ART. 2, § 3. — Sont admises au bénéfice d'une assu-

rance facultative les femmes non salariées des assurés obligatoires ou facultatifs.....

Ainsi donc, tous les Français compris dans le premier alinéa sont obligatoirement assurés, et les calculs les plus rationnellement établis d'après la statistique générale de la France, par le service de l'actuariat, prouvent que cette catégorie comprend environ huit millions d'assurés (1). Si l'on y ajoute que, suivant l'article premier :

7° Le conjoint et les enfants de moins de seize ans de l'assuré ont droit aux secours médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

L'on peut, nous semble-t-il, tripler ce chiffre, et l'on obtient ainsi, en ce qui concerne l'assurance-maladie, un total englobant plus de la moitié des Français.

L'Etat veut donc forcer la majorité des Français à accepter son aide, il ne peut y avoir à cela qu'une explication logique, c'est qu'ils ne savent pas prévoir eux-mêmes. Qu'il nous soit permis de douter de cette affirmation gratuite qui n'est pas comprise dans le projet de loi, mais qui en découle logiquement.

Il y a certainement beaucoup de Français capables de préparer leur avenir, et chacun sait que nulle part l'esprit d'initiative, d'épargne et de prévoyance n'est développé comme chez nous. Cette aide de l'Etat sera inopportune et désagréable pour ceux-ci, parce qu'ils jugent plus profitable et mieux adapté au but

(1) Projet Grinda, p. 163.

cherché de s'aider eux-mêmes et autrement que l'Etat ne le ferait. Ils n'ont pas de cette aide la compréhension officielle, et ils voudraient qu'on leur laissât sur ce point la liberté, désirant faire mieux ou autre chose que ce que l'Etat leur offre.

Et, quoi de plus légitime que ce désir de prévoyance personnelle ? Nous l'avons vu déjà à la base de toute vie. De plus, de même que les réserves somatiques d'un animal sont essentiellement adaptées au maintien de la vie de cet animal, l'individu a certainement une notion plus nette que l'Etat, organisme nominal et irresponsable, des formes d'épargne les mieux adaptées à l'entretien de sa vie future. Et c'est cette adaptation des ressources aux besoins, adaptation qui réalise chez beaucoup d'individus des formes d'épargne différentes, que l'Etat supprime, en imposant son aide omnibus, vraiment adaptée à personne parce que voulant l'être à tous.

Un simple exemple : un ouvrier agricole pourra préférer employer l'argent qu'il doit donner pour son assurance à l'achat de lopins de terre qu'il cultivera dans la suite, et rendra productifs; l'Etat en l'obligeant à payer le montant de son assurance l'en empêche, et cependant, cette forme de prévoyance n'est-elle pas beaucoup mieux adaptée au genre de vie de cet homme et plus productive que la somme d'argent qu'il recevra plus tard d'une manière régulière ? Nous pourrions multiplier les exemples de ce genre, mais cette notion de l'inadaptation possible et fréquente aux besoins réels nous apparaît si clairement que nous le

croyons inutile. Ainsi donc, cette grande loi biologique de l'adaptation vraiment spécifique des matériaux d'épargne à l'individu qui les utilisera dans un certain but, loi que nous retrouvons dans toute la lignée vivante, se trouve ignorée, niée par les lois d'assurances sociales que nous envisageons.

Mais, s'il est, comme nous venons de le voir, un grand nombre d'individus capables d'épargner et de prévoir leurs besoins futurs, nous reconnaissons volontiers qu'il en est un grand nombre d'autres chez lesquels cette notion de prévoyance nécessaire à l'entretien de la vie se trouve considérablement amoindrie, complètement annihilée même. Mais, à ceux-là, l'Etat croit-il par ses lois d'assurances sociales infuser de nouveau le désir de l'épargne et l'esprit de prévoyance ? Nous pensons, au contraire, qu'il arrivera au résultat absolument opposé !

En effet, en faisant de la prévoyance une chose officielle et obligatoire dont l'individu n'a même plus à se soucier, l'Etat croit-il lui rendre cet esprit de prévoyance qu'il avait perdu ? Tout au contraire, cet individu, sachant qu'un autre veille sur ses besoins futurs, sera de moins en moins enclin à s'en occuper s'il avait encore quelque velléité de le faire. Bien plus, loin de fortifier et de développer l'esprit de prévoyance chez ceux qui l'ont encore, cette loi, par son caractère obligatoire et fatal, tendra à les détourner de cet objectif, puisqu'ils savent que, quoi qu'ils fassent, on s'en occupe pour eux.

Et avec cette prévoyance officielle et malgré tout,

l'épargne que nous avons trouvée à la base même de la vie, se trouve elle aussi atteinte : A quoi bon épargner, puisque nous n'avons plus à prévoir, puisque nous n'avons plus le droit de prévoir nous-mêmes.

Et c'est du même coup toute la puissance productive de la nation formidablement affaiblie de tout ce que la prévoyance des besoins futurs nous faisait produire et emmagasiner.

Ainsi donc, par un contre-coup fatal, en nous enlevant ou en diminuant notre besoin d'épargne, cette loi atteint notre désir et par là notre puissance d'action. Et voilà encore un résultat antibiologique de ce « progrès », un de ces « bienfaits » dont n'a pas voulu entendre parler l'Union des Syndicats médicaux de France.

En effet, tout ce qui progresse biologiquement voit son champ d'action s'élargir et retire de ce progrès une plus grande facilité et un plus grand désir d'action. Nous aboutissons ici à des résultats absolument opposés !

Mais, ce n'est malheureusement pas tout, cette aide obligatoire entraîne encore des conséquences très intéressantes à étudier au point de vue du perfectionnement, de l'accroissement et de la sélection des individus qui font la force de la nation. Pour répondre à cette triple question, voyons ceux que ce projet favorise. Il ne favorise personne, nous dira-t-on, puisque le pied d'égalité est absolu dans les différentes catégories, puisque l'un des caractères essentiels d'une loi

est d'obliger de la même manière tous les assujettis. Il ne favorisera en effet directement personne, mais il permettra l'éclosion de vices divers, en supprimant la sanction qui se trouvait naturellement liée au développement de ces vices et qui automatiquement les limitait.

Le paresseux savait très bien que s'il ne se mettait pas au travail, il mourrait de faim plus tard. Cette limitation naturelle à la paresse : la faim, n'existe plus puisque cet homme est assuré dans tous les cas de toucher régulièrement une certaine somme dans sa vieillesse. L'Homme n'avait aucun intérêt à simuler la maladie puisqu'il y perdait ses journées de travail. Cette sanction naturelle de la maladie est obligatoirement supprimée, l'individu n'a donc plus un intérêt direct à paraître bien portant, et, s'il est tant soit peu vicieux, il se paiera une quantité de jours de « maladie » sur le dos de la collectivité. L'Homme avait intérêt à avoir des enfants, car, à condition de les bien élever et de les instruire, ils représentent peut-être la forme d'épargne la plus sûre pour les vieux jours. Cette sanction naturelle de la stérilité : l'abandon dans la vieillesse disparaît elle aussi, puisque le célibataire, le couple sans enfants se trouvent obligatoirement assurés contre cet abandon.

Ainsi donc les « bienfaits » de ces lois consistent essentiellement dans la suppression des peines naturelles qui se trouvaient automatiquement déclanchées par les actes antibiologiques de l'homme. Qu'y a-t-il de plus antibiologique en effet que la volonté de ne

pas agir, le désir de la maladie, la stérilité volontaire ? Voilà donc la vie atteinte dans une de ses lois essentielles : que toute tendance antibiologique se trouve immédiatement sanctionnée par une peine qui la limite aussitôt et qui permet par là à la vie de continuer son développement. Enlevons cette sanction, supprimons cette peine naturelle comme le font ces lois, et aussitôt ces tendances mauvaises, comme les crimes impunis, prennent un large développement qui doit fatalement aboutir à la destruction de la vie. .

On pourrait comparer cette manière d'agir à celle d'un législateur qui, arrivant dans notre société moderne, serait effrayé par les sanctions : prison, amendes, etc., que nous avons instituées pour limiter les attaques contre la société et la sauvegarder, et qui, pour ne plus en voir souffrir les hommes, les supprimerait purement et simplement sans s'inquiéter de la raison d'être de ces peines. Tout le monde comprend l'inanité d'une pareille méthode. Il n'y a qu'un moyen de supprimer les peines, c'est de supprimer les délits, que ces délits soient d'ordre social ou d'ordre biologique, et toute autre méthode ne peut aboutir qu'à des catastrophes, telle l'anéantissement d'une race, par exemple. Et, dans ces catastrophes même, nous ne pouvons nous empêcher de voir un nouveau mode de défense de l'énergie vitale qui, par l'élimination de la partie malade, permet une plus grande extension aux parties voisines, aux races voisines en l'occurrence, restées biologiquement saines.

Et, nous touchons là de nouveau au problème de

la sélection naturelle, à cette grande loi qui assure le perfectionnement de la race par le développement des êtres normaux et parfaits aux dépens des tarés et des imparfaits. Nous avons vu déjà que cette sélection naturelle était respectée, renforcée et perfectionnée même par les assurances sociales libres, et que cet heureux résultat tenait essentiellement au caractère privé et non obligatoire de ces assurances. Que devient ce grand principe avec les lois que nous étudions ?

Nous avons déjà vu qu'en permettant le développement de ces vices, elles favorisent les amis du moindre effort et de la moindre peine, les stériles volontaires. Vivant plus tranquillement et dans de meilleures conditions que les autres, parce que accablés de moins de travail et assurés cependant de jouir plus tard des mêmes avantages que ceux qui continuent à se plier aux lois normales de la vie, ils deviendront fatalement les plus nombreux. Le courage et les vertus diminueront puisqu'ils ne paraissent plus nécessaires à la vie de l'individu. Et nous verrons, négation absolue de toute loi biologique, le développement des tarés et des vicieux aux dépens des êtres normaux et vertueux.

Cherchons en effet comment l'assurance est alimentée : le paragraphe 3 de l'article 1^{er} nous le dit :

3. — L'assurance est alimentée :

1° Par les versements obligatoires ou facultatifs des assurés et par les contributions obligatoires des em-

ployeurs, qui sont proportionnelles au salaire et au revenu.

2° Par des subventions de l'Etat.

Et, tout de suite, faisons cette remarque : les ressources de l'employeur, de l'Etat, au fond, d'où proviennent-elles ? Quelle que soit leur habileté financière ce que l'employeur paie, ce que l'Etat paie, c'est en fin de compte, en majeure partie, le travailleur qui l'a produit. Nous voyons donc que ces versements, qu'ils viennent de l'ouvrier, de l'employeur ou de l'Etat, ont comme source principale le travail de l'ouvrier. Mais si l'ouvrier travaille peu ou mal, s'il est faible, malade ou paresseux, il produira peu, et en admettant que son apport personnel soit égal à celui des autres, son apport réel total restera bien inférieur. Ce seront donc les travailleurs sains et courageux qui supporteront la plus grande partie des frais de cette loi d'assurances.

Et quels sont ceux qui en profiteront ? Le deuxième paragraphe de l'article premier nous le dit :

2. — Cette assurance donne droit pour l'assuré :

1° En cas de maladie ou d'invalidité, aux soins médicaux et chirurgicaux, aux médicaments, aux traitements spéciaux ainsi qu'à des allocations journalières, à des allocations mensuelles ou à une pension d'invalidité pendant toute la durée de l'incapacité de travail.

2° En cas de maternité, aux soins médicaux et chirurgicaux, aux médicaments ainsi qu'à des allocations spéciales d'accouchement et d'allaitement.

3° En cas de vieillesse à une pension au minimum garantie à 60 ans.

4° En cas de décès au versement d'une allocation à la famille.

6° L'assuré a droit en outre, s'il a des enfants de moins de seize ans à sa charge, à une majoration des allocations de maladie, d'invalidité et de décès.

7° Le conjoint et les enfants de moins de 16 ans de l'assuré ont droit aux secours médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques.

Dans ce paragraphe, que nous avons voulu reproduire en entier, voyons d'abord le premier alinéa qui doit intéresser d'une façon particulière les médecins. Il a pour but d'assurer des soins et des secours aux malades et aux invalides. A première vue, rien de mieux, les bénéficiaires de l'assurance sont ici les malades et les invalides, or, biologiquement parlant, il peut être utile de soigner les malades guérissables et d'entretenir les invalides; mais encore devrions-nous heurter des idées d'humanité profondément ancrées dans l'esprit humain depuis des siècles, nous ne devons pas oublier que ce sont les sujets normaux et sains qui supportent la charge de l'entretien de ces anormaux et de ces invalides; ainsi donc, comme l'a déjà très bien mis en valeur M. le Docteur Jayle (1), le projet de loi aboutit à surcharger de plus en plus le sujet sain c'est-à-dire à lui rendre son développement vital et sa prolifération plus difficiles dans le

(1) JAYLE. — *La Presse Médicale*, 22 avril 1922.

but de faire vivre le sujet taré. L'exemple donné par Jayle nous fera mieux comprendre ce fait :

Prenons un groupe de 100 individus, contenant 80 sujets sains et 20 tarés originellement ou au cours de leur évolution. Supposons que les 80 sains aient chacun 8 jours de maladie par an; nous aurons le chiffre de 640 journées. Les 20 tarés auront chacun un chiffre cinq fois plus grand, soit 40 pour chacun, soit 800 pour l'ensemble.

En mettant à 10 fr. le prix d'une journée, les 80 sains auraient à se partager 6.400 fr. de dépenses, soit 80 fr. par an et par sujet; les tarés ont 8.000 fr. pour 20, soit 400 fr. par an et par sujet. Le fait de les assembler conduit le sujet sain à payer 14.400 fr. à répartir entre $100 = 144$ fr. au lieu de 80 fr.

C'est donc à ses dépens que la loi fonctionnera. Mais ne croyons pas que la tare physique soit seule protégée, la tare morale tout aussi importante au point de vue du perfectionnement de la race l'est aussi. Dans quelles limites en effet encadrer la maladie ? Le contrôle est presque impossible à moins de s'exposer à de très graves erreurs, et alors, les paresseux, les indécidables, les retors en prendront à leur aise et formeront toute une catégorie de « malades » d'autant plus inguérissables qu'ils n'auront rien.

Et ainsi, ce projet aboutit en somme à donner une prime officielle à la maladie et au vice, au vice surtout, car, en général, les gens qui souffrent, à moins qu'ils ne soient complètement déçus, veulent guérir. Et, naturellement, l'exemple et l'impunité aidant, nous

verrons germer une foule de ces « malades » dont la seule maladie est une paresse toujours croissante et dont le flot viendra naturellement submerger les individus restés normaux et vertueux.

Or, biologiquement parlant, comment les choses devraient-elles se passer ? Les anthropologistes et les eugénistes qui cherchent avant tout, et avec raison, le perfectionnement de l'être humain, nous enseignent tous que c'est le sujet sain qu'il faut partout et toujours protéger, que lui seul assure la pérennité de la race et qu'il est la force de chacune de ses générations.

Ici encore, nous voyons que le projet de loi aboutit au résultat absolument opposé. Il produit une sélection, mais au lieu de la sélection naturelle qui aboutit au perfectionnement de la race, cette sélection artificielle, basée sur des principes antibiologiques, travaille à rebours, et n'aboutit qu'à son avilissement !

Mais, vivre normalement, ne peut pas être le seul but des Français, la dépopulation nous menace d'une manière si intense, au lendemain de cette guerre qui nous a enlevé des millions de compatriotes, qu'il est pour les pouvoirs publics comme pour les particuliers un devoir plus pressant que tous les autres, si nous ne voulons pas finir, balayés par une nouvelle invasion, c'est l'accroissement de la natalité et l'obtention d'enfants normaux et forts.

Nous avons déjà vu à plusieurs reprises que le projet de loi devait aboutir à des résultats tout opposés, nous venons de voir que la sélection qu'il institue agit dans le même sens.

Il nous faut encore signaler à ce point de vue que le projet favorise nettement la ville, car il ne jouera nulle part mieux que dans les grandes usines, il produira un nouveau courant d'appel vers ces usines et vers la ville. Est-ce là encore le moyen d'avoir des enfants et de beaux enfants ? Chacun sait que la fécondité des campagnes est beaucoup plus grande que celle des villes et que les enfants qui en proviennent sont autrement vigoureux.

Le coût général de la vie sera lui aussi influencé fâcheusement par les sommes relativement élevées que les producteurs, ouvriers comme patrons, devront, du jour au lendemain, verser aux caisses d'assurances, et qu'ils devront fatalement retrouver dans le prix de vente des objets manufacturés et des produits alimentaires. Ce sera une nouvelle cause de vie chère; et nous ne croyons pas que la vie chère favorise les naissances et les familles nombreuses !

Enfin, s'il est un résultat indiscutable de cette loi, c'est qu'elle entraînera pour son exécution la création d'une importante armée de fonctionnaires, d'ailleurs prévue dans le projet. Il est vrai que ce ne seront pas, à proprement parler, des fonctionnaires puisque la plupart dépendront des caisses et non pas de l'Etat. Mais, au point de vue de l'état d'esprit de tout ce personnel en face des questions de natalité, nous pensons que employés de bureaux et fonctionnaires sont complètement assimilables, que les uns et les autres sont imbus du même esprit, et envisagent ces problèmes

d'une façon qui nous paraît également défavorable à la naissance de nombreux enfants.

A cause de toutes ces erreurs de principe qui engendrent fatalement la limitation de la natalité, quelle que soit la perfection certainement très grande de ses modalités d'exécution, ce projet de loi nous apparaît donc encore une fois comme biologiquement mauvais, mais, à côté de cette erreur biologique, nous devons enregistrer l'erreur nationale à cause même de l'importance primordiale, comme nous l'avons vu, d'un relèvement quantitatif et qualitatif de notre natalité.

Erreur nationale à un autre point de vue encore : Pourquoi l'Etat, en effet, ne généraliserait-il pas cette manière d'agir ? Pourquoi ne prévoirait-il pas les dépenses pour la nourriture, le vêtement, le logement, pour la vie toute entière en un mot, comme il prévoit celles occasionnées par la maladie, l'invalidité et la vieillesse ? Et ce nouveau pas, que certains voudraient franchir après celui-ci, ne montre-t-il pas mieux que tous les développements que si on supprime les incertitudes de l'avenir, on supprime du même coup tout aiguillon à l'action. Or une nation qui n'agit pas et qui n'épargne pas, est une nation qui meurt.

Nous tenons ici la clef de ce paradoxe effrayant : ces lois qui voudraient assurer une meilleure existence aux nations, en mettant en commun les charges de la vie, n'aboutiraient qu'à leur mort par la destruction de cet intérêt personnel, de cet égoïsme qui chez l'homme, comme partout dans le monde vivant, reste malgré le développement de notre intelligence et de

notre sensibilité la qualité vitale par excellence à laquelle on ne peut toucher sans toucher à la vie même.

Mais que nos craintes ne soient pas exagérées cependant, car ce merveilleux automatisme qui règle toute vie, celle des êtres unicellulaires comme celle des sociétés les plus complexes et dont nous avons vu déjà à plusieurs reprises l'intervention nécessaire et bien-faisante, est là qui veille en nous et autour de nous dans les lois immuables de la nature; et dans le cas particulier, la forte logique qui demeure au fond de toute âme française aurait tôt fait, après une courte expérience, de discerner d'où vient le mal qui étiole la nation et d'en supprimer la cause.

Le moment nous paraît venu de nous résumer un peu et de conclure.

Des considérations qui précèdent, certaines notions ressortissent clairement. On ne peut que recommander les assurances privées que nous avons vu satisfaire aux lois essentielles de la vie par le fait même de la liberté et du contrôle qu'elles impliquent. Elles gardent ces mêmes qualités, avons-nous vu, après l'intervention du patron et même de l'Etat quand celui-ci se contente de subventionner, d'aider l'initiative privée sans vouloir lui substituer sa propre autorité. Au contraire, les lois d'assurances sociales, et le projet de loi français en particulier, par la suppression de la liberté qu'ils impliquent et l'absence de contrôle quant à la qualité des bénéficiaires de l'assurance, puisque tous sont dans une certaine limite obligatoirement assurés, porte atteinte aux lois biologiques les plus essentielles.

Autant il serait donc utile que l'Etat facilite de toutes ses forces l'éclosion et le développement de nombreuses sociétés de secours privées, telles que sociétés de secours mutuels, mutualités diverses, sans s'ingérer en aucune manière dans leur fonctionnement comme il le fait, et surtout, notion essentielle, sans instituer le principe de l'obligation de l'assurance, autant son projet actuel nous paraît, quant à ses principes directeurs, antibiologiquement établi et susceptible par là même de porter atteinte aux intérêts de la nation toute entière.

Sur quelques détails du projet de Loi Français

A côté des erreurs du projet de loi que nous venons d'examiner, erreurs à proprement parler biologiques et tenant à son essence même, erreurs de principe qui ne peuvent être rachetées par ses modalités d'exécution, il en est d'autres d'un caractère moins général, plus facilement réparables que nous ne pouvons pas cependant passer sous silence, et que nous nous proposons de relever en suivant l'ordre même d'exposition du projet.

Et d'abord, ainsi que le remarque le Docteur Jayle : quand on parle d'un revenu de 10.000 fr., s'agit-il de 10.000 fr. papier ou de 10.000 fr. or ? La question a son importance, car 10.000 fr. papier qui valaient 10.000 fr. or en 1914 n'en valent plus que 4.000 au plus actuellement.

Si cette valeur était stable, la chose aurait peu d'importance, mais il en est tout autrement et les conti-

nuelles fluctuations du change modifient souvent et dans de larges proportions, la valeur de notre franc papier. Que sera-ce d'ici trente ans ? Or le projet prévoit des comptes pour une période aussi longue. C'est l'inconnu ! Si notre franc papier revient au pair et redevient égal au franc or, nous assurerons des revenus extrêmement importants, et surtout nous devons déboursier à cette époque des francs or valant le double des francs papiers que l'intéressé nous aura payés dix ou vingt ans auparavant. On voit alors la perte formidable occasionnée à l'Etat par ces paiements auxquels il s'est engagé, pertes qui, sans que nous voulions entrer dans leur étude, grèveraient lourdement le côté financier du projet.

Et, si le contraire se produisait, alternative infiniment moins probable nous l'espérons du moins, si notre franc papier perdant encore la moitié de sa valeur arrivait à valoir 0 fr. 20 or, par exemple, que verrions-nous ?

L'Etat qui a reçu des intéressés des francs valant 0 fr. 45 leur donnerait en échange dans leur vieillesse des francs ne valant plus que 0 fr. 20 or.

Dans l'alternative précédente, c'était l'Etat qui était en perte, ici c'est l'Etat qui fait un bénéfice injuste. De ces deux alternatives l'une ne saurait être préférée à l'autre, elles sont toutes deux à rejeter, si l'on veut établir l'économie du projet sur des bases vraiment saines et solides.

Quant à l'évaluation du salaire de l'assuré, sera-t-elle facile ? Dans les très grandes entreprises peut-

être, mais partout ailleurs l'ouvrier et le patron déclareront ce qu'ils voudront et la loi ne jouera pas. Et quelles complications, entrevues par la loi d'ailleurs, en ce qui concerne les suppléments, gratifications, pourboires, le travail aux pièces, au temps, à la tâche ou les rémunérations proportionnelles aux bénéfices ? Ce sera bien, pardonnez-nous l'expression, « la bouteille à l'encre » et tout ne dépendra que de la valeur morale de l'individu et de sa sincérité. Nous sommes donc là en présence d'une très grave erreur psychologique.

Autre erreur du même ordre, croyons-nous, quant aux ressources sur lesquelles vivront les caisses : L'ouvrier, assuré obligatoire, doit payer 5 % de son salaire, le fera-t-il de bon gré ? L'ouvrier taré et malade, peut-être, parce qu'il sent l'absolue nécessité d'un secours futur, mais quant à l'ouvrier sain et bien portant, nous ne croyons pas que cela soit en aucune manière dans sa mentalité. Les syndicats soutiendront la loi, paraît-il, mais que d'évolutions n'avons-nous pas déjà vues au sein des syndicats ?

On nous dit, l'ouvrier allemand se soumet et paie, nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette affirmation, mais encore serait-elle vraie, c'est ici qu'intervient l'importante notion des mentalités très différentes des deux peuples : le Français naturellement frondeur à côté de l'Allemand profondément discipliné, que ce soit naturellement ou par éducation.

Et alors, si l'ouvrier ne veut pas payer, le recouvrement de cet argent suscitera des grèves pouvant avoir

des répercussions générales importantes. Il est bien dit à ce sujet :

ART. 11. — 3° L'assuré n'a aucun recours contre son employeur pour le prélèvement dont son salaire est l'objet.

Mais il existe entre patrons et ouvriers une foule de recours naturels sur lesquels il est inutile d'insister !

Et, quelle formidable comptabilité, quelle paperasserie sans fin entre l'employé, l'employeur et la caisse régionale, paperasserie à laquelle il faudra bien que quelqu'un perde son temps ! Et quelles nombreuses sources de mécontentements pour les uns comme pour les autres !

Nous rencontrons maintenant les articles réglant la manière dont les soins sont donnés par les médecins, et les médicaments fournis par les pharmaciens. Dans ce domaine qui nous touche de si près, nous ne voulons pas oublier cependant que les médecins sont faits pour les malades et non les malades pour les médecins, nous rejeterons donc toute considération basée sur les seuls intérêts du Corps médical et nous chercherons simplement si le système institué par le projet est logiquement échafaudé et permet aux médecins de donner aux malades les soins utiles.

L'article 23 institue le libre choix pour le médecin et le pharmacien; rien de mieux, mais ce libre choix se trouve immédiatement tempéré par une restriction :

Cette liste (où le malade peut choisir) comprend les médecins, les sages-femmes et les pharmaciens, faisant

partie des groupements professionnels avec lesquels la caisse a passé un contrat collectif pour le service de l'assurance et tous ceux qui ont adhéré aux conditions fixées par elle, et que la caisse n'aura pas exclus pour motifs graves et légitimes.

Ainsi donc, le malade n'aura qu'un choix relatif, il ne pourra pas s'adresser à n'importe quel médecin comme il le ferait s'il était resté individu libre, mais il devra choisir sur une liste dressée par le service de l'assurance. Et cette liste, sur quoi se basera-t-on pour la dresser ? Le projet ne donne aux malades aucune garantie à ce sujet, et rien dans le texte n'empêche la caisse d'assurances si elle se trouve en conflit avec la majorité des médecins, au sujet de leurs honoraires par exemple, de limiter son choix au très petit nombre de ceux qui acceptent ses conditions. Et alors, le libre choix auquel le malade tient tant et à très juste titre d'ailleurs, car il faut avoir une absolue confiance en quelqu'un pour lui confier sa vie, nous paraît singulièrement limité.

L'article 23 envisage bien le cas du contrat collectif, mais admet néanmoins l'adhésion des médecins isolés. Rien de mieux, la liberté est sauvegardée.

L'article 24, en grand progrès sur l'article similaire du projet gouvernemental, tout en posant le principe du contrat collectif, laisse une grande liberté aux groupements médicaux et aux caisses pour fixer dans le cadre de la loi la manière dont les soins sont donnés :

ART. 24, § 1^{er}. — Lorsque des contrats collectifs sont

passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins ou de sages-femmes, ils déterminent les modalités suivant lesquelles ces groupements se chargent de dispenser aux bénéficiaires, dans les conditions de la présente loi, les services médicaux ou chirurgicaux.

L'article correspondant du projet gouvernemental instituait en effet un système de paiement forfaitaire par tête d'ayant-droits qui ne pouvait que nuire à la qualité des soins donnés aux assurés. Nous sommes heureux de voir que le Docteur Grinda a compris les inconvénients d'un pareil système.

Il appartiendra maintenant aux caisses et aux groupements professionnels de ne pas retomber dans la même erreur lors de l'établissement des contrats particuliers qui les lieront.

Ce même article 24 établit la responsabilité du groupement professionnel (lisez syndicat médical) vis à vis de la caisse d'assurances, et le contrôle de chaque médecin par ce groupement professionnel.

ART. 24, § 3. — Les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens ont la responsabilité respective du service médical et du service pharmaceutique, en ce qui concerne les malades soignés et les ordonnances délivrées par leurs adhérents, sans préjudice de la responsabilité personnelle des praticiens et des recours qui peuvent être exercés contre chacun d'eux. Ils contrôlent eux-mêmes la façon dont le service est assuré, sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la caisse.

Evidemment, ceci ferait faire un grand pas au Syndicalisme médical, que nous croyons une excellente chose, mais si bonne soit-elle, aucune loi, et c'est fort heureux, n'oblige aucune catégorie de travailleurs, qu'ils soient ouvriers ou médecins, à faire partie d'un syndicat et à lui obéir. Le Syndicat était jusqu'ici un organisme utile, reconnu officiellement, mais non obligatoire.

Le projet de loi implique donc là, pour que le contrôle syndical puisse jouer, la nécessité pour le médecin de se syndiquer et de reconnaître l'autorité du syndicat. Ceci n'existe pour aucune autre profession, et nous croyons préférable, tant dans l'intérêt d'une profession quelconque que du syndicalisme lui-même, que l'adhésion aux syndicats reste absolument libre. Le bon fonctionnement de la loi implique donc là un fait qui n'existe pas : l'autorité des syndicats médicaux sur tous les médecins. Comment fonctionnerait-elle alors, si ce n'est pas une nouvelle réduction du libre choix ?

Cet inconvénient n'est rien à côté d'une autre conséquence, beaucoup plus grave, qui découle directement du contrôle technique institué par la loi, nous voulons parler du secret professionnel. Nous venons de voir : art. 24, § 3, ce que la loi dit à propos de ce contrôle. Ajoutons que : art. 24, § 4 :

ART. 24, § 4. — Les contrats collectifs passés entre les caisses d'assurance et les groupements professionnels de médecins, de sages-femmes et de pharmaciens déterminent :

1° Les modalités du contrôle destiné à assurer le bon fonctionnement des services médical, chirurgical et pharmaceutique, et à prévenir ou réprimer les abus;

2° Les conditions dans lesquelles les difficultés, qui s'élèveraient entre les caisses et les groupements professionnels pour l'exécution des contrats collectifs, pourront être amiablement réglées.....

Et plus loin, art. 25, § 3 :

3°. — En cas d'abus flagrant commis par un assuré qui mande un médecin ou une sage-femme à son domicile sans motif légitime, ce dernier est tenu d'en aviser sans délai la caisse d'assurances. S'il est établi que le déplacement demandé n'était aucunement justifié, la caisse poursuit le remboursement des frais qui en sont résultés auprès de l'intéressé, et en retient, le cas échéant, le montant sur les allocations qui lui sont dues.

Tout cela est très logiquement établi, mais les promoteurs de la loi ne paraissent pas s'apercevoir qu'avec ce système le secret professionnel se trouve violé à tout instant.

On pourrait à la rigueur comprendre et accepter le contrôle exercé par l'organisme syndical, sous prétexte que le secret reste au sein du Corps médical, mais ce contrôle s'exerce « sans qu'il puisse être porté atteinte aux droits propres de la caisse » qui peut donc contrôler à son tour et, dans ce but, être naturellement amenée à s'armer de force rapports médicaux à conclusions longuement motivées. Et la même chose se reproduira « en cas d'abus flagrant commis par un assuré... ». Cette fois, c'est bien la fin de ce secret profes-

sionnel qui de tout temps fut reconnu par tous et même par nos lois les plus modernes comme absolument nécessaire à l'exercice d'une médecine utile. Ce n'est pas le lieu d'entreprendre la démonstration de la nécessité absolue du secret médical, mais nous voulons affirmer cependant que si nous y tenons tant, ce n'est pas, comme certains se l'imaginent, dans notre intérêt propre, mais bien plutôt dans l'intérêt de nos malades qui, par la sécurité morale qu'il leur donne, trouvent la force de venir se confier à nous en n'importe quelles circonstances et cela pour le plus grand bien de leur santé.

Ainsi donc, par l'abolition du secret médical, conséquence du projet de loi, ce n'est pas le médecin qui se trouve lésé, mais bien le malade et rien que lui.

Mais, à un autre point de vue, ce contrôle technique qu'on veut imposer au médecin, est-il à souhaiter ? Grave question qui conditionnera toute la médecine de demain. Question à laquelle seule une longue expérience pourra répondre et que nous ne voulons qu'effleurer.

Il peut paraître profitable pour les malades que le médecin ne reste plus une individualité isolée, qu'il s'établisse un contrôle des actes médicaux, contrôle qui amènerait fatalement l'établissement de sanctions qui pourraient ne pas toujours rester simplement morales. Il se pourrait que la confiance du malade se trouve augmentée par cette notion que son médecin n'est plus seulement responsable devant sa conscience des existences qu'il doit soigner, mais qu'il existe une

autorité à laquelle il devra, le cas échéant, rendre compte des mesures prises pour lutter contre la maladie.

Mais, quelles difficultés à surmonter, quel doigté serait nécessaire pour l'établissement d'un tel contrôle ! Le projet veut faire jouer ce rôle aux « groupements professionnels ». Il ne prononce jamais le mots de syndicat, mais en fait de groupements professionnels médicaux, régulièrement établis partout, nous ne connaissons que les syndicats. Et nous ne les voyons vraiment pas très bien remplissant ce rôle de contrôleurs techniques. Et d'abord, n'ayant aucune autorité légale sur les médecins non syndiqués, il serait absolument impossible au syndicat de les contrôler techniquement. Quant aux médecins syndiqués, nous croyons qu'ils auraient tôt fait et avec juste raison, dès que le contrôle ne serait plus en leur faveur, de donner leur démission de cette association qui leur joue d'aussi vilains tours.

Le contrôle par le syndicat nous paraît donc ne pouvoir entraîner, en France du moins, qu'un affaiblissement marqué de la force des syndicats ; nous disons en France, parce qu'il se peut qu'en Allemagne avec la discipline de fer à laquelle population et médecins sont habitués le système puisse fonctionner.

Mais le syndicat se laissera-t-il ainsi affaiblir pour le plaisir de contrôler techniquement ses membres ? Nous ne le croyons pas, et, s'il veut vivre, ce contrôle deviendra, derrière une façade sauvant les apparences, pour ainsi dire inexistant.

Mais, au fond, n'est-ce pas là la meilleure solution ? Nous avons dit en effet que le contrôle technique pouvait paraître au premier abord un progrès, une garantie de plus pour le malade, mais, dans l'état actuel de la science, nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi : La médecine prise dans son ensemble, malgré des découvertes scientifiques d'une précision remarquable, n'en reste pas moins encore un art et pour longtemps, croyons-nous. Le bon médecin reste un artiste dans son genre. Tout art a ses lois, il est vrai, mais qui jamais n'offrent la rigueur de celles des sciences exactes. La clinique repose surtout sur des impressions et des nuances qui peuvent être différemment appréciées par chacun. Où trouver alors la rigueur absolue nécessaire à l'établissement d'un contrôle et de sanctions ?

La profession médicale deviendra plus dure et plus pénible sous la menace de ce contrôle technique, véritable épée de Damoclès suspendue au-dessus de la tête de chaque médecin. Cette crainte continuelle du blâme ou de la peine à encourir lui facilitera-t-elle son art ? Tous ceux qui pratiquent et qui savent combien la tranquillité d'esprit leur est nécessaire pour prendre les déterminations les plus utiles à la vie du malade, nous répondront que tout ce qui affaiblit cette tranquillité ou la détruit porte un préjudice sérieux au malade lui-même. Il vaut donc mieux que le médecin reste responsable devant sa seule conscience.

Loin de nous la pensée d'écarter la responsabilité de la « faute lourde » reconnue par tous ; mais pourquoi chercher pour elle une juridiction nouvelle, alors

qu'avec l'aide d'experts nos tribunaux légalement constitués sont compétents en la matière ?

En résumé, ce contrôle technique, que la loi voudrait instituer en France, nous paraît non seulement impossible dans l'état actuel de la Science, mais même s'il l'était, il ne pourrait que nuire aux véritables intérêts des malades.

Nous devons signaler ici à nouveau que, contrairement au projet gouvernemental, le projet Grinda ne parle plus de la rémunération forfaitaire du groupement médical. Il laisse toute liberté aux caisses et aux groupements médicaux pour s'entendre entre eux.

C'est là un grand progrès et nous espérons que les parties en présence sauront utiliser cette liberté pour le plus grand bien des malades.

Il conserve l'excellente institution des tickets modérateurs, mais ici encore, à l'encontre du projet primitif du gouvernement, il laisse aux caisses une très grande liberté pour en fixer le montant.

ART. 25, § 2. — Dans tous les cas, l'assuré doit remettre au médecin ou à la sage-femme un ticket de visite qui lui aura été préalablement délivré à ses frais par la caisse d'assurance. Ce ticket doit être présenté à la caisse comme justification. Son prix est établi librement par la caisse; il ne peut excéder le tiers du montant de l'allocation journalière correspondant à la classe de l'assuré.

Nous ne pouvons que l'en féliciter, car le montant de ces tickets fixé à 0 fr. 25 pour la première classe, 0 fr. 50 pour la deuxième, 0 fr. 75 pour la troisième,

nous paraissait insuffisant pour leur permettre de jouer le « rôle modérateur » auquel ils étaient destinés.

Il nous semble, en effet, qu'un ticket modérateur élevé, qui mette à la charge des assurés une partie relativement grande des frais médicaux, soit la seule condition permettant dans l'état actuel de la loi, d'éviter les abus qu'entraîne fatalement toute médecine gratuite.

La bonne marche du service médical dépend donc ici une fois de plus de l'initiative privée. Ceci nous réservera sans doute bien des désillusions lors de l'application de la loi, mais nous espérons cependant que, dans l'ensemble, les caisses auront assez de bon sens et de volonté pour instituer des tickets modérateurs élevés qui, par une juste limitation de la consommation médicale et par l'argent qu'ils feront directement rentrer, ne pourront qu'aider puissamment ces caisses à équilibrer leurs budgets.

En résumé, au point de vue de la réglementation des soins médicaux, le projet de M. Grinda se montre infiniment plus libéral que le projet gouvernemental primitif. Mais encore faut-il, pour que le résultat obtenu soit favorable, que les parties en présence sachent et puissent utiliser cette liberté au mieux des intérêts des malades, et, à ce propos, nous devons signaler que tout ce qui détruit la communauté d'intérêts, l'entente parfaite entre malades et médecins, entente née toute entière de la liberté absolue du choix et de la rémunération librement délibérée entre les parties, ne per-

met plus à ces derniers d'exercer une influence aussi utile sur leurs malades et de remplir le rôle moral et social dont ils sont si fiers.

Nous ne pouvons ici que discuter dans le vide puisqu'il appartiendra à chaque caisse et à chaque groupement médical d'établir des contrats dans le cadre très large laissé par la loi. Mais la plupart des exemples de contrats de ce genre que nous possédons jusqu'ici, nous permettent de craindre qu'on ne fasse fi une fois de plus de cette communauté d'intérêts qui de tous temps a lié médecins et malades, et que le nouvel ordre de chose ne puisse que nuire à ces derniers.

De plus, quelle que soit la perfection des contrats passés entre caisses et médecins, la loi entraîne fatalement l'entrée en scène de deux intermédiaires entre le médecin et son malade : le Syndicat et la caisse de secours; le médecin sera fatalement amené à ne plus considérer ses malades comme des personnalités intéressantes qui sont venues le consulter directement et en pleine confiance, mais comme de simples numéros auxquels il ne porte qu'un intérêt relatif, et qu'il voit défiler devant lui du même œil fatigué, avec la hâte plus ou moins déguisée d'en finir le plus tôt possible.

C'est bien là ce qu'on peut appeler de la médecine en vrac, médecine que nous verrons réalisée en Allemagne, de l'aveu même des médecins allemands, médecine que nous retrouvons en Alsace-Lorraine, que, plus près de nous encore, nous pouvons admirer dans nos centres miniers grâce à la loi déjà vieille sur les caisses de secours de mineurs.

On nous répondra sans doute que la liberté laissée par la loi permet entre médecins et caisses l'établissement de contrats capables de sauvegarder les intérêts des malades et des médecins beaucoup mieux que tout ce qui a été fait jusqu'ici. C'est possible, mais nous devons reconnaître que les exemples cités plus haut ne sont vraiment pas très encourageants et rien ne nous prouve que les caisses consentiront à sortir franchement des sentiers battus et à garantir, avec le libre choix absolu, la rémunération directe et complète du médecin par son malade, qui seuls peuvent lui permettre de continuer à donner à ses patients des soins de qualité égale à ceux qu'il leur donnait jusqu'ici.

Toutes les autres solutions, telles l'établissement d'un forfait, et surtout l'ingérence des syndicats et des caisses dans les affaires qui ne regardent que médecins et malades, ne peuvent que nuire à ces derniers en rendant la tâche du corps médical plus difficile et plus compliquée.

Nous pourrions étudier en particulier plus à fond la question du forfait et montrer comment il met en opposition directe d'intérêts malades et médecins, mais nous le jugeons inutile puisque le projet Grinda n'en parle plus. Espérons que les sociétés mutualistes et les caisses n'en parleront pas davantage lors de l'établissement des futurs contrats, car ce serait là la négation même des intérêts des malades.

Continuant la lecture du projet, nous trouvons une nouvelle limitation du libre choix en ce qui concerne

les produits pharmaceutiques ou appareils, sur laquelle nous n'insisterons pas d'ailleurs.

ART. 26, § 1^{er}. — L'assuré ne peut recevoir de médicaments ou d'appareils aux frais de la caisse d'assurance que sur l'ordonnance du médecin traitant ou de la sage-femme choisi par lui conformément à l'article 23.

ART. 26, § 2. — Ces médicaments et appareils ne peuvent être prescrits que dans la mesure et sous la forme où ils figurent sur la liste arrêtée tous les six mois par la commission de l'Office national des assurances sociales prévue à l'article 24, § 2.

Et plus loin, l'article 27 dit :

L'assuré a droit aux consultations et au traitement dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure ou de prévention dépendant de la caisse dont il reçoit les secours de maladie ou d'invalidité.

C'est très bien, mais pour le moment voilà, croyons-nous, un miroir qui cache le vide, car tout cela reste à créer, mais cela peut se faire.

L'article 29, qui a trait aux allocations, dit entre autres choses :

2. — Pendant les 6 premiers mois de l'affection ou de l'accident, et à partir du quatrième jour, l'assuré a droit par jour ouvrable à l'allocation journalière correspondant à la classe d'assurance dans laquelle le range la moyenne de ses cotisations des six derniers mois.....

Si l'assuré est véritablement malade, pourquoi ne toucherait-il pas pour les quatre premiers jours de

sa maladie ? Cela ne peut que l'inciter à la prolonger au delà des quatre jours fatidiques. Nous connaissons déjà un règlement de ce genre dans la loi sur les accidents du travail : le blessé ne touche pas pendant les quatre premiers jours d'incapacité, mais il touche pour ces quatre jours si son incapacité dure au moins onze jours. Résultat pratique : les médecins, s'ils ne consultent que leurs intérêts, sont obligés de reconnaître au moins onze jours d'incapacité à presque tous les blessés, que la chose soit justifiée ou non, s'ils ne veulent pas les voir courir ailleurs à la prochaine occasion !

Quant à la question de l'incapacité partielle temporaire de travail, nous voyons avec plaisir que, à l'encontre de la loi sur les accidents du travail, le projet s'en occupe. L'article 31 dit à ce sujet :

ART. 31, §. 2. — En cas d'incapacité partielle égale ou supérieure à 60 p. 100, les allocations journalières ou mensuelles, ainsi que la pension d'invalidité auxquelles l'assuré aurait droit pour incapacité totale de travail sont réduites et fixées en proportion du pourcentage d'incapacité.

C'est un progrès, car nous en connaissons tous des quantités de ces blessés légers ou de ces convalescents qui, sans pouvoir travailler à plein rendement, sont cependant capables de s'occuper très utilement et qui d'ailleurs le font.

Nous arrivons maintenant aux articles concernant la maternité. Nous ne les discuterons pas car ils nous

paraissent bien ordonnés et ne pourraient qu'aider puissamment à la repopulation de la France si les principes mêmes de la loi toute entière ne tendaient, comme nous l'avons vu plus haut, à des résultats tout opposés.

Quant au chapitre concernant les charges de famille, signalons une modification heureuse apportée par le Docteur Grinda au projet gouvernemental primitif. Ce projet comportait des allocations fixes de naissance. Il était dit de plus : « Lorsque le père et la mère sont « l'un et l'autre assurés, l'allocation de naissance est « portée au double ». Mais, pour que la mère soit assurée, il fallait qu'elle soit salariée, ce qui est difficilement compatible avec l'élevage de nombreux enfants. La loi instituait donc là une véritable prime à la stérilité relative, que le projet Grinda n'a pas laissé subsister. Il a purement et simplement supprimé cet article du projet primitif, reportant le bénéfice ainsi réalisé sur les allocations d'allaitement qui ont été très sensiblement majorées. Nous ne pouvons qu'en féliciter le rapporteur.

Nous ne voulons pas discuter le côté financier du projet, sujet bien intéressant cependant et d'une importance primordiale, mais qui dépasserait notre compétence. Remarquons cependant que l'Etat, à côté d'apports importants, telles les allocations pour charges de famille, demeure l'ultime ressource financière des caisses, en ce qui concerne le fonds invalidité vieillesse en particulier. Encore une charge nouvelle pour cet Etat déjà si pauvre et tellement accablé de

dettes ! Sans compter le fonctionnement des différentes administrations qu'il prend tout entier à sa charge.

Signalons (Art. 150 et suivants) que le projet Grinda, à l'encontre du projet primitif, tient compte, et avec juste raison, de la situation très spéciale des travailleurs agricoles.

L'article 124 fixe la composition du conseil d'administration de l'Office national des assurances sociales, comprenant 50 membres et, parmi ces 50 membres, nous ne relevons qu'un médecin, une sage-femme, un pharmacien et un représentant du ministère de l'Hygiène; il nous semble cependant que la partie hygiénique du projet devrait le conditionner presque en entier. Le développement de l'hygiène, voilà en effet ce sur quoi les promoteurs de cette loi ont peut-être le droit de compter pour la rendre viable en la rendant moins onéreuse. Ils ne paraissent pas s'en préoccuper bien sérieusement.

Nous ne voulons pas passer sous silence les articles 160 à 167 qui traitent des « avantages supplémentaires constitués par les employeurs au profit de leurs ouvriers et employés ». Ils sont en effet un encouragement très net aux systèmes d'assurances privées. C'est, à notre point de vue, dans ce sens que toute la loi aurait dû agir, en aidant simplement ces entreprises privées dans lesquelles nous comprenons les sociétés de secours mutuels et autres, sans leur imposer ce principe d'obligation qui ne peut que les détourner de leur but naturel.

Ayant achevé l'étude de ce projet de loi en fonction de ses possibilités d'exécution et de l'intérêt des malades, sans tenir aucun compte des intérêts du Corps médical qui restent tout à fait en dehors de l'angle sous lequel nous nous sommes placés, nous faillirions cependant à tous nos devoirs si, pour en terminer l'étude, nous ne considérions la loi projetée dans ses rapports avec la science médicale elle-même.

D'ailleurs, le législateur a compris toute l'importance de ce côté de la question, puisque nous lisons dans l'exposé des motifs du projet primitif que :

Ces contrats collectifs auront en effet pour conséquence de préciser les engagements des médecins et des pharmaciens, de multiplier et de hâter les progrès techniques de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie en France.

Ce serait certes là un très beau résultat et qui devrait, à notre point de vue, entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la valeur du projet.

Il est vraiment difficile de juger ainsi a priori des résultats possibles de la loi quant aux progrès dans l'art de guérir, aussi sommes-nous obligés, en anticipant un peu sur l'ordre de notre exposition, de voir les résultats des lois similaires instituées depuis assez longtemps déjà en Allemagne et en Alsace-Lorraine. N'ayant pas d'opinion personnelle sur la question, nous nous contenterons de laisser parler des Allemands et Alsaciens-Lorrains particulièrement compétents en la matière.

C'est d'abord le Professeur Brauer, directeur de l'hôpital Eppendorf de Hambourg, membre de la Société allemande de Médecine. C'est assez dire que nous avons affaire à un de ces savants officiels qui, quelles que soient les difficultés réservées au peuple des praticiens, bien plus éloignés des sommités médicales en Allemagne que nous ne le sommes en France, s'est toujours vu, de par sa situation, à l'abri des répercussions fâcheuses que pouvait avoir sur le monde médical une loi quelconque, celle qui nous occupe par exemple. Voilà donc une autorité nullement prévenue en notre faveur. Et, cependant, nous extrayons les phrases suivantes du discours prononcé par lui à une séance de cette Société allemande de Médecine et paru dans la *Gazette de Francfort* du 27 avril 1922 :

... Les deux tiers de la clientèle autrefois libre ont été socialisés et enlevés au médecin... Les médecins savent tous que l'activité, comme médecin d'une caisse de malades, n'est une source de revenus que si l'on fait le plus grand nombre possible de visites ou de consultations particulières dans le moins de temps possible. Il n'est pas rare de voir expédier une centaine de patients et même davantage en une heure ou deux de consultation. Si le médecin travaille sans compter son temps, il ne peut pas vivre. Ce rendement par masse abaisse la valeur du travail médical, aussi bien pour le médecin que pour les malades. Les caisses de malades en pâtissent elles-mêmes.

Retenons cette phrase qui nous donne la clef du secret que nous cherchons : « Ce rendement par masse

abaisse la valeur du travail médical aussi bien pour le médecin que pour les malades ».

De son côté, un Alsacien-Lorrain admirablement placé pour nous renseigner, le Docteur Wenagel, confirme ces affirmations et nous dit avec humour, en parlant de ces « Lions de caisse » qui monopolisent les assurés :

Leurs salles d'attente sont semblables à celles d'une gare, et les malades font queue dans les escaliers pour y pénétrer, d'où dilution du travail médical.

Et, comme le fait remarquer le Docteur Rinuy :

Consultations données rapidement, besogne matérielle écrasante nuisant au travail intellectuel. Ajoutez à cela la montagne de paperasses adéquate à tout service public : certificats, rapports, statistiques... De la véritable médecine militaire. Le papier qui doit être un moyen devient une fin. Quand le médecin aurait-il le temps de travailler et de se tenir au courant des progrès de son art ?

Cette réponse à notre question, les intéressés les plus directs, ceux qui ont vécu toute une vie déjà sous l'emprise de ces lois nous l'ont donnée. Et, comment voulez-vous alors qu'elles fassent faire des progrès techniques à la médecine et à la chirurgie « en abaissant la valeur du travail médical », en le militarisant ? Et pouvez-vous appeler médecine le travail qui consiste à vider le plus vite possible ces « salles d'attente de gare. » ? et à tenir ces innombrables paperasses ?

Mais, nous dira-t-on, cela n'a pas empêché la méde-

cine et la chirurgie allemande d'avoir leur bonne part dans les progrès médicaux et chirurgicaux réalisés depuis cinquante ans ? C'est vrai, mais ils ont été réalisés, croyons-nous, beaucoup plus malgré ces lois que grâce à elles, ou plutôt, pour être vraiment juste, en dehors d'elles.

Il faut bien nous rendre compte, en effet, comme nous l'avons déjà dit, qu'il existe en Allemagne une séparation beaucoup plus nette que chez nous, un fossé infranchissable entre les savants et professeurs officiels et la foule des praticiens. En France, cette différence existe, mais la transition se fait d'une manière presque insensible et c'est ce qui, avec une beaucoup plus grande facilité de contact à l'hôpital entre tous les membres de cette hiérarchie médicale, nous la fait paraître moins nette et à juste titre d'ailleurs.

En Allemagne, le monde savant dont l'activité reste en dehors de l'application des lois d'assurances, admirablement rétribué d'autre part, non pas tant par l'Etat qui avant la guerre allouait des traitements à peine supérieurs à ceux de France, que par la rémunération directe des élèves, inconnue chez nous, fait seul progresser la science médicale allemande. Les praticiens s'ils veulent vivre ont à peine le temps de soigner et nous avons vu comment !

Il n'est donc pas exagéré de dire que les progrès de la science médicale allemande se sont réalisés en dehors de ces lois d'assurances sociales. Mais tout nous porte à croire qu'ils auraient été plus rapides si les praticiens avaient pu y participer.

Ayant ainsi terminé l'étude des principaux points de détail qui nous ont paru critiquables dans le projet de loi français, il nous reste à voir ce qui a été fait à l'étranger et les résultats obtenus.

VI

La Législation Allemande

Nous avons déjà dit, au début de cette étude, toutes les précautions que nous entendions prendre dans l'appréciation de ce qui a été fait hors de France et surtout que, si parfaite qu'une chose puisse nous paraître à l'étranger, nous ne devions en généraliser l'application qu'avec la plus grande prudence. Nous ne reviendrons pas sur ces idées essentielles, et c'est en les ayant toujours présentes à l'esprit que nous entamerons immédiatement l'étude, très succincte d'ailleurs, de ce qui a été fait à l'étranger.

Et, à ce propos, nous n'avons aucunement l'intention d'étudier en détail ces différentes législations; nous les examinerons surtout comparativement avec le projet français, insistant sur les points par lesquels elles en diffèrent et qui nous ont paru dignes d'intérêt.

Nous ne cacherons pas qu'à ce sujet notre principale source de documentation, source bien peu suspecte en notre faveur, a été le premier projet de loi lui-même ou plutôt ses annexes. En effet, les annexes XV à XXV

incluse, de ce projet de loi, étudient les lois du même genre actuellement appliquées en Alsace-Lorraine, Allemagne, Angleterre, Belgique, Italie, Luxembourg, Portugal, Roumanie, Suède, Suisse. Et, tout de suite, faisons remarquer que l'annexe XV traitant de l'Alsace-Lorraine compte 16 pages tandis que l'annexe XVI traitant de l'Allemagne n'en compte qu'une seule. Evidemment, l'Alsace-Lorraine nous intéresse infiniment plus que l'Allemagne, mais, en ces sortes d'études, nous devons bannir toute sentimentalité, or, s'il est vrai que les premiers essais d'assurances sociales ont eu lieu en Alsace-Lorraine française bien avant 1870, il n'en est pas moins certain que toute sa législation d'assurances sociales actuelle, l'Alsace-Lorraine la tient de l'Allemagne. Il eût donc été préférable, pour que nous puissions en juger sur une plus large échelle, que les rapporteurs du projet n'aient pas limité leur longue étude à l'Alsace-Lorraine, ne réservant qu'une seule page à l'Allemagne. Peut-être craignaient-ils qu'on ne les accusât de vouloir faire pénétrer en France une législation allemande ? Qu'ils n'aient aucune crainte à ce sujet, nous ne leur ferons aucun reproche de ce genre, et nous serions trop heureux de prendre cette loi à l'Allemagne si elle était bonne. En somme, les deux chapitres Alsace-Lorraine et Allemagne sont à fondre en un seul, sauf de petites modifications survenues depuis l'armistice. Nous ne nous contenterons pas cependant des textes du premier projet de loi, et de ses annexes. Nous ferons en particulier de très larges emprunts aux articles du Docteur Jayle,

parus tant dans le *Bulletin du Syndicat des médecins de la Seine* que dans la *Presse médicale*.

La législation d'assurances sociales allemande ne diffère pas essentiellement du projet de loi français. On y trouve le même principe d'obligation pour toute une large catégorie d'assujettis. Mais, il faut remarquer que cette législation nous apparaît dans son ensemble beaucoup plus complexe, formant un bloc moins solidaire que le projet français. C'est que la législation allemande n'a pas été faite d'un seul jet : les premiers essais furent assez timides, puis un nombre important de lois, échelonnées de 1883 à 1916, vinrent progressivement compléter l'œuvre ébauchée et aboutir au monument actuel. Et, comme trace de cette construction progressive, nous trouvons encore aujourd'hui une séparation complète entre les différentes parties de ces assurances Maladie-Invalidité-Vieillesse qui ne se pénètrent pas et ne forment pas un tout comme dans le projet français. Où est la vérité ? Il nous serait bien difficile de le dire et cela n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire. Mais ce que nous devons retenir, c'est que la loi allemande ne s'est pas faite d'un seul coup, qu'elle ne s'est construite que petit à petit, au fur et à mesure de l'adaptation progressive de la population. La loi allemande n'a pas été un brusque coup de gouvernail capable de menacer la stabilité du navire, c'est peu à peu que ces choses là se sont faites, sans à-coups toujours préjudiciables au bon équilibre d'une nation. Et nous devons le retenir, car cela explique, en partie du moins, la relative

facilité avec laquelle le peuple allemand a accepté cette législation sociale dont on a eu soin de ne le pénétrer qu'avec une lente prudence.

À un autre point de vue encore, la loi allemande diffère assez sensiblement du projet français : Chez nous, les caisses ont des obligations absolues. Quel que soit leur équilibre financier, elles doivent faire face aux diverses variétés de paiement. Le principe allemand est différent. La loi y reconnaît en effet pour les caisses deux ordres de prestations : des prestations obligatoires et des prestations supplémentaires qui, elles, sont facultatives. Et, en particulier, dans l'assurance maladie, les secours à la famille qui sont obligatoires en France, ne sont que facultatifs en Allemagne, autrement dit, seul le salarié lui-même se trouve assuré contre la maladie, et sa famille ne bénéficie de cette assurance que si les caisses le peuvent et le veulent bien. Quels que soient les inconvénients de cette forme d'assurances, elle a un avantage certain, c'est de donner une bien plus grande stabilité financière aux caisses en étendant moins leurs obligations, stabilité dont les caisses allemandes ont d'ailleurs un besoin plus grand que les caisses françaises car, en ce qui concerne l'assurance-maladie, elles ne sont alimentées que par les ouvriers pour les deux tiers et par le patron pour un tiers sans participation de l'Etat qui, dans le projet français, couvre au moins les frais de gestion.

Ainsi, l'Etat est resté complètement en dehors de l'assurance-maladie en Allemagne, et cependant,

d'après les renseignements que nous avons pu recueillir, ces caisses arrivent à se suffire très largement à elles-mêmes.

De cette notion de prestations facultatives pour la famille de l'assuré découle une autre conséquence importante, c'est qu'en fait, l'assurance-maladie obligatoire était infiniment moins étendue en Allemagne avant la guerre qu'elle ne le serait en France. Nous avons vu que chez nous la moitié de la population va se trouver obligatoirement assurée. En Allemagne, d'après l'annexe du projet français, le nombre des assurés se montait en 1912 à 18 millions pour tout l'empire, ce qui, pour une population de 65 millions d'habitants environ, ne donnait qu'une proportion d'un peu plus du quart.

Nous savons très bien qu'actuellement en Allemagne on en est arrivé petit à petit, de surenchères en surenchères, à assurer presque toute la population, mais nous ne voulons pas et ne pouvons pas prendre comme terme de comparaison l'Allemagne d'après-guerre. Depuis que la force impériale a été brisée, tout y est dans un tel état d'instabilité que rien n'y peut servir de base à une étude sérieuse; nous continuerons donc à n'envisager que l'Allemagne d'avant-guerre.

Ainsi donc, le projet français va infiniment plus loin que la loi allemande, et il serait tout à fait illogique de se baser sur le succès de celle-ci pour escompter à coup sûr celui de notre législation.

La loi allemande diffère encore de la loi française sur un point important : Les caisses y jouissent d'une

bien plus grande liberté d'action quant à la forme à donner à leurs secours en cas de maladie. Elles peuvent en effet accorder aux assurés, à titre de prestations supplémentaires, les avantages suivants :

1° Etendre à une année la durée des secours de maladie.

2° Organiser l'assistance aux convalescents.

3° Accorder des subventions pour appareils.

4° Porter l'indemnité de maladie aux trois quarts du salaire de base.

5° Porter l'allocation de famille en cas d'hospitalisation au montant de l'indemnité de maladie.

6° Allouer des bons pour l'entretien alimentaire du malade.

Et nous voyons là une plus grande facilité d'adaptation aux besoins réels des assurés, contrairement à l'inadaptation que nous avons reprochée déjà aux lois de ce genre.

En ce qui concerne la partie « Invalides et Survivants », absolument distincte de la partie maladie, nous trouvons une plus grande similitude avec le projet français. L'Etat prend sa part des charges comme chez nous. Quelques différences cependant : il n'y a ici aucune limitation de salaire pour les assurés obligatoires, tous les salariés quelque soit leur paie sont assujettis, et les assurés facultatifs continuent à effectuer le versement intégral de leur assurance sans participation aucune de l'Etat. Enfin, contrairement à ce que nous croyons être une lacune dans le projet fran-

çais, la loi prévoit ici, sous certaines conditions, des rentes pour les orphelins et veufs non assurés.

Voilà donc, en résumé, en quoi la législation allemande diffère du projet français. Les principes restent cependant les mêmes, et nous avons déjà vu ce qu'il fallait en penser. Retenons seulement deux détails qui ont leur importance. C'est d'abord que la loi allemande n'assujettissait qu'un quart environ de la population de l'empire tandis que la loi française va s'étendre à la moitié des Français. Nous voyons immédiatement que, si mauvais que soient les principes directeurs de ces deux lois, ils ont dû faire moins de mal en Allemagne qu'ils n'en feront en France où la proportion des assujettis sera beaucoup plus considérable.

Retenons encore l'économie réalisée par l'Etat allemand qui ne prend aucune part aux frais de l'assurance-maladie, et rappelons-nous la lente progression avec laquelle ces lois ont été appliquées en Allemagne tandis que l'on voudrait faire en France en une seule fois beaucoup plus que ce que l'Allemagne est arrivée à réaliser en quarante ans.

Quant aux résultats obtenus, il en est un d'une incontestable valeur : c'est la création par les caisses d'un nombre assez important d'hôpitaux et surtout de sanatoria : vingt-six, croyons-nous, pour l'Alsace-Lorraine, c'est-à-dire proportionnellement beaucoup plus que nous n'en avons en France. Nous devons cependant immédiatement signaler, à ce sujet, que les renseignements que nous avons pu obtenir auprès des médecins français qui ont visité les sanatoria alsaciens

ne leur sont pas favorables. Nous allons voir d'ailleurs que Alsaciens-Lorrains et Allemands ont payé cet avantage, si avantage il y a, par de graves inconvénients.

Nous ne pouvons, nous semble-t-il, mieux faire que de laisser parler les intéressés eux-mêmes. Nous reproduirons d'abord plus complètement le discours du Professeur Brauer, dont nous avons déjà cité une partie :

Déjà en 1905, Erb, comme président de la Société, a appelé l'attention sur le préjudice sérieux que la législation sur l'assurance-maladie, toute bienfaisante qu'elle fût en elle-même, causait aux malades et aux médecins. Les *deux tiers de la clientèle*, autrefois libre, ont été socialisés et *enlevés au médecin*. En soi la législation sociale de l'Allemagne est une des plus grandes œuvres humaines de tous les temps. Les associations scientifiques impartiales ont le devoir d'y collaborer et cela non seulement pour exposer les *graves défauts* de l'assurance populaire et leurs causes, mais aussi pour indiquer les moyens pratiques de *remédier à ces défauts* qui tiennent à des dispositions particulières et non au cœur même de l'assurance sociale.

Le règlement des assurances sociales doit être transformé de fond en comble.

Les médecins savent tous que l'activité comme médecin d'une caisse de malades n'est une source de revenus que si l'on fait le plus grand nombre possible de visites ou de consultations particulières dans le moins de temps possible. Il n'est pas rare de voir expédier une centaine de patients et même davantage en une heure ou deux de

consultation. Si le médecin travaille sans compter son temps, il ne peut pas vivre. Ce rendement par masse abaisse la valeur du travail médical, aussi bien pour le médecin que pour les malades. Les caisses de malades en pâtissent elles-mêmes.

Partout, on a introduit les temps de carence médicale, *le libre choix du médecin n'existe pas*. Si on pouvait rendre vraiment libre le choix du médecin, les médecins se trouveraient encore sous le joug des directions des caisses et en proie aux exigences des clients des caisses, alors qu'en vérité on ne doit assister que les malades qui ont réellement besoin de soins.

Nous nous trouvons en face de deux ensembles de vices; en premier lieu, notre assurance sociale enlève à l'assuré le sentiment de sa responsabilité à l'égard de son avenir et de celui de sa famille et ne le laisse pas prendre sa part des charges qu'apportent les maladies qui surviennent. A cela, se rattache la psychologie de l'assuré qui touche des rentes. Mais apprendre à l'individu sa responsabilité, c'est là un des buts humains les plus élevés, tout particulièrement avec notre constitution politique actuelle. L'élévation de la limite de l'assurance, l'interprétation de plus en plus libre de la loi sur l'assurance-maladie ont tellement modifié la situation qu'il est urgent de remanier entièrement la loi d'assurances.

La deuxième cause d'inconvénients, c'est que, dès le début, la loi assure aux malades le traitement gratuit, en présentant ce service comme une obligation impérative. Elle a enlevé au médecin et au malade tout droit de s'arranger sur le paiement et a transféré à la caisse de maladie le soin de régler cette question. Elle a détruit les vieilles relations morales, édifiées sur la confiance personnelle, qui existaient entre le médecin et le malade, ou bien elle les a bureaucratisées et mécanisées.

Les caisses de malades devraient être transformées en

de simples caisses d'assurance pour les risques évalués en argent, conditionnées par la maladie. Les médecins de confiance ne seraient plus nécessaires que pour attester l'incapacité de travail. Comme autrefois, les consultations et le traitement médical seraient réglés directement comme une affaire privée entre le médecin et la malade. Par là, en même temps, serait écartée la question si controversée de la position des médecins appointés par les caisses pour contrôler le service médical. Les caisses de malades garderaient le droit de rembourser en totalité ou en partie, suivant la situation pécuniaire du patient ou suivant d'autres points de vue, la note d'honoraires du médecin qui leur serait présentée. C'est de cette manière que doit être constituée par exemple le système des caisses de maladie dans l'Amérique du Nord.

Nos corps législatifs, nos partis et les autres autorités doivent avoir égard aux temps nouveaux et à la nouvelle situation économique et chercher à transformer la législation sociale de la manière qui vient d'être indiquée. Si on ne met pas fin aux conflits qui opposent les organisations des caisses de malades et les organisations de médecins, on se trouvera en face de deux dangers également grands : 1° la grève des médecins; 2° le développement d'instituts médicaux de diagnostic et de thérapeutique créés par les caisses; instituts qui, lentement mais sûrement, rendront impossible aux médecins de faire valoir avec succès leurs intérêts légitimes et qui porteront à un degré inouï la mécanisation du traitement médical.

Nous avons déjà dit combien le Professeur Brauer, par sa situation même, devait être peu prévenu contre tout ce qui est organisation officielle allemande. Et pourtant, il reconnaît « les graves défauts de l'assurance populaire », mais il ne paraît pas croire que ces

défauts tiennent « au cœur même de l'assurance sociale ». Nous partageons son avis et nous avons vu déjà que c'était essentiellement la notion d'obligation introduite par l'Etat, obligation impliquant le non-contrôle de la valeur des assurés qui avait créé ces défauts auxquels échappent les assurances privées. Et ces défauts de l'assurance obligatoire, ce sont bien ceux que nous lui avons reprochés a priori :

Notre assurance sociale enlève à l'assuré le sentiment de sa responsabilité à l'égard de son avenir et de celui de sa famille et ne le laisse pas prendre sa part des charges qu'apportent les maladies qui surviennent... Mais, apprendre à l'individu sa responsabilité, c'est là un des buts humains les plus élevés.

Ainsi donc, ce très gros reproche que nous faisons aux lois de ce genre : de désapprendre à l'homme la prévoyance en prévoyant pour lui, de lui enlever la notion de responsabilité devant lui-même, sa famille et son avenir, est complètement justifié, et c'est un Allemand qui nous le dit en étudiant, après une longue expérience, ce qui se passe dans son pays même.

Il ne se cache pas non plus pour nous dire que « ce « rendement par masse abaisse la valeur du travail « médical aussi bien pour le médecin que pour les « malades », comme nous l'avons déjà vu ; que « le « libre choix du médecin n'existe pas », ce que nous avions pressenti déjà en raison des atténuations apportées dans ces lois au principe du libre choix ; que la

loi « a détruit les vieilles relations morales qui existaient entre le médecin et le malade ou qu'elle les a bureaucratisées et mécanisées », autre reproche déjà fait. Et alors, ce rendement par masse, cette bureaucratisation facilitent-ils la tâche du médecin et lui permettent-ils de soigner plus facilement le malade ?

C'est cependant le but que se proposait la loi en instituant la gratuité des soins médicaux, mais elle est arrivée, croyons-nous, au résultat absolument opposé !

Un autre défaut est né de la manière dont la loi est appliquée en Allemagne depuis l'armistice, depuis le jour où la forte autorité morale qui faisait l'Allemagne a été brisée. C'est qu'on est arrivé, de surenchères en surenchères, à assurer une proportion énorme de la population, jusque 93 % dans certains centres (1), et ceci à la fois par le relèvement du maximum de gain compatible avec l'assurance, et aussi en maintenant le bénéfice indéfini de l'assurance à tout assuré. Est-ce là le moyen d'atteindre l'un des principaux buts de la loi qui était de n'aider que les classes ouvrières et laborieuses ?

Ainsi donc, aucun des buts auxquels visait la loi n'a été atteint. Craignons qu'il n'en soit de même en France.

Quant à la situation du Corps médical allemand, nous n'en voulons pas parler car cela sortirait tout à fait du cadre de notre étude. Mais, ne serait-ce qu'au

(1) JAYLE. — *S. M. S.*, Juillet 1922, p. 224.

point de vue de la répercussion possible sur la science allemande, nous devons dire cependant que cette situation est très précaire, si précaire même que l'Association générale de Leipzig fait publier des annonces dans les grands quotidiens pour détourner les jeunes gens de la carrière médicale (1).

Nous avons déjà envisagé, dans un précédent chapitre, ce qui arriverait quant aux paiements réels des ouvriers, des caisses ou de l'Etat si la valeur du franc venait à varier, et nous avons vu que, quelque soit le sens de ces variations, on aboutissait à des résultats iniques. Il aurait été très intéressant de savoir si, après avoir touché des marks qui valaient 1 fr. 25 or, les caisses et l'Etat allemand paient leurs débiteurs avec des marks dont la valeur est actuellement presque nulle. L'annexe XVI n'en parle pas. Nous croyons savoir d'ailleurs que, vu la baisse du mark, le chiffre des pensions et autres indemnités a été considérablement relevé, ce qui n'est d'ailleurs que très juste. Mais alors, comment établir des bases financières solides à longue échéance ?

Un autre fait curieux, particulier à l'Alsace-Lorraine, c'est que depuis l'armistice la non-limitation de salaire qui y existait de par la législation allemande a été supprimée, temporairement peut-être il est vrai. Le maximum a été fixé à 20 fr. par jour soit 6.240 fr. par an par le décret du 28 octobre 1920. Il est bien curieux de voir le gouvernement français, contraint sans doute par des raisons sérieuses, de ramener le

(1) JAYLE. — S. M. S., Juillet 1922.

maximum compatible avec l'assurance à 6.240 fr. par an, alors qu'il voudrait que ce maximum s'élevât à 10.000 fr. pour la France entière. Comment expliquer que ces raisons qui doivent être sérieuses n'existent que pour l'Alsace-Lorraine et pas pour le reste de la France ?

Et que pensent de cette législation les Alsaciens-Lorrains eux-mêmes ?

Nous avons pensé que pour répondre à cette question, le mieux était de nous en rapporter aux déclarations des médecins d'Alsace-Lorraine bien placés pour apprécier ce sujet. Nous les avons trouvées dans les compte rendus des assemblées générales de l'Union des Syndicats médicaux de France où, à deux reprises différentes en 1920 et 1921, les représentants autorisés des médecins alsaciens-lorrains ont abordé la question.

Nous avons tenu compte aussi de l'enquête menée directement sur place en juillet 1921 par les Docteurs Lafontaine et Quivy. Nous verrons que les opinions diffèrent un peu, surtout d'une année à l'autre, et quelle que soit d'ailleurs la source à laquelle nous nous adressions, nous ne trouverons nulle part la question envisagée exactement de notre point de vue. Elle a surtout été étudiée au point de vue syndicaliste médical, et suivant ce que chacun croit être l'intérêt du Corps médical, il conclue différemment, sans qu'on en puisse rien déduire au point de vue biologique et scientifique qui nous intéresse surtout.

Et d'abord, que dirent les délégués alsaciens-lorrains à l'assemblée de l'Union en décembre 1920 ?

Nous trouvons dans leurs bouches les reproches que nous avons déjà entendus en Allemagne. Le Docteur Specklin nous parle du « relâchement du rapport « moral entre le médecin et le client qui risque de « n'être plus qu'un numéro ». Le Docteur Wenagel (1) nous fait toucher du doigt un autre inconvénient du système :

Les grandes statistiques, qui ont été faites depuis de nombreuses années, d'après le système allemand, en Allemagne, et dans toute l'Asace en particulier, nous ont démontré que, dans le système de l'assurance obligatoire, dans lequel, naturellement, les assurés s'adressent plus au médecin que ne le fait le malade privé, l'assuré qui paie 50, 100, 150 francs de cotisations, et qui, d'après les nouveaux chiffres fixés en Alsace, vont payer jusqu'à 250 à 300 francs de cotisation par an, ne voudront pas avoir été bien portants pendant deux ans consécutifs, ils voudront retirer quelque chose de la somme mise dans l'assurance, en un mot, l'assuré voudra être malade. (*Rires*). Il partira de cette idée que c'est un droit et peut-être un devoir, vis-à-vis de sa bourse et de sa famille ; de plus, les mutuelles ne donnaient pas, jusqu'à présent, l'indemnité de maladie et d'invalidité, qui, d'après le projet Grinda, se monte à la moitié du salaire quotidien : or, chez nous, c'est la moitié du salaire quotidien qui est attribuée et si un salarié touche 20 francs par jour, on lui attribuera dix francs par jour d'indemnité de maladie, c'est un encouragement de plus à être malade. Le malade

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, février 1921, p. 67.

veut être malade, il a droit à la maladie. (*Hilarité*). C'est là ce qui rend chez nous le contrôle tellement difficile, et ce qui donne lieu à tant d'excès.

Et voilà ce qui amène cet encombrement dont souffrent le médecin et le malade et qui produit cette « dilution du travail médical » dont se plaignent les Alsaciens-Lorrains et dont nous avons déjà parlé.

Le Docteur Muller (1) nous décrit encore dans le même ordre d'idées :

La nécessité du travail en masses qui reste inévitable; quelque élevé que soit le taux réservé par l'assurance aux honoraires médicaux, ce taux ne permettra jamais de donner à l'unité de l'acte médical une rétribution digne : la qualité devra donc souffrir par la quantité nécessaire à l'existence économique.

Inutile d'insister, pensons-nous, si la qualité souffre, c'est bien le malade qui souffre !

Quant à l'aveu de la violation du secret professionnel, il est des plus nets (2) :

Nous avons accepté l'obligation d'indiquer sur toutes nos fiches de maladie la désignation de la maladie : la violation du secret professionnel est inscrite dans la loi, nous sommes obligés d'indiquer le diagnostic qui est inscrit sur la fiche du médecin qui dit : j'ai soigné tel malade pour telle maladie, bronchite chronique, par exemple. J'ai été le voir deux ou trois fois par semaine.

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, février 1921, p. 50.

(2) *Le Médecin Syndicaliste*, février 1921, p. 67.

Et, retenons aussi ce que le Docteur Specklin nous dit (1) :

Dans ces lois d'assurance, il y a beaucoup de démagogie. Nous le voyons chez nous chaque fois que l'on veut intervenir, on dit que c'est le médecin qui est contre les lois sociales; c'est une phrase démagogique, on nous reproche d'être des antisociaux. Réfléchissez à cela.

L'idée nous en était déjà venue quand nous parlions des bases politiques de ces lois.

Tout ceci est extrêmement net. Et ce sont bien là les reproches que nous adressions a priori aux lois d'assurances sociales obligatoires.

Mais ce langage si clair et si franc ne plut pas à tous les médecins d'Alsace-Lorraine, pour des raisons strictement professionnelles cette fois. C'est qu'en effet, la plupart des médecins de nos provinces reconquises vivent de ces lois d'assurances sociales. Nous croyons qu'ils vivraient mieux et plus largement sans elles, mais nous ne sommes pas prophètes en la matière, et nous comprenons très bien, surtout après les luttes qu'ils ont eu à subir pour les améliorer dans l'intérêt du Corps médical, qu'ils tiennent à ces lois, par contraste surtout avec leur ancienne forme. Elles leur permettent actuellement une vie honorable après les avoir longtemps réduits à la misère. C'est de cette seconde tendance surtout, que les délégués alsaciens-lorrains à l'assemblée générale de 1921 se sont faits

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, février 1921, p. 70.

l'écho, ainsi que les Docteurs Lafontaine et Quivy dans le récit de leur voyage en Alsace-Lorraine, pour l'excellente raison qu'elle est prédominante chez les Alsaciens-Lorrains qui envisagent avant tout l'intérêt professionnel immédiat.

C'est le Docteur Nordmann (de Colmar) qui nous dit :

En Alsace la population ouvrière ne voudra renoncer à aucun prix aux assurances sociales; le corps médical ne pourrait y renoncer sans compromettre sa situation matérielle (1).

Le Docteur Schmitt :

Avec mes confrères j'affirme hautement l'effet bienfaisant des lois d'assurances sociales, qu'il me soit permis aussi de les souhaiter à ma patrie toute entière (2).

Et plus loin il s'explique sur cet effet bienfaisant :

En face de tendances qui dans nos deux départements n'osent encore trop se faire jour, tendances contraires aux intérêts et au sentiment même de la classe ouvrière, le corps médical d'Alsace tient à s'affirmer solidaire de tous ceux qui demandent le maintien de nos lois d'assurance sociale, dont, quant à lui, il ne veut être privé, car d'elles dépend l'existence de l'immense majorité de nos confrères (3).

Dans les campagnes d'Alsace, depuis le relèvement du

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, janvier 1922, p. 35.

(2) *Le Médecin Syndicaliste*, janvier 1922, p. 36.

(3) *Le Médecin Syndicaliste*, janvier 1922, p. 36.

tarif de la clientèle libre, le nombre des vacations va diminuant. Enlevez les caisses au médecin de campagne, vous le ruinerez; réduisez le nombre des assurés obligatoires, vous l'acculerez à la gêne. Si la loi — projet Vincent ou autre — n'est pas votée, qu'au moins on n'entreprenne rien contre une institution qui nous fait vivre. Si sous une forme quelconque la loi doit être adoptée, nous désirons que, respectant vos intérêts, elle ne lèse en rien les nôtres, qu'elle ne nous prive pas d'une *sécurité* que débutants et anciens estiment à sa juste valeur (1).

Nous ne doutons pas que tout cela soit vrai et que la majorité des médecins alsaciens-lorrains tiennent à leur système d'assurances. Mais nous sommes obligés de constater que l'intérêt professionnel reste le seul critérium sur lequel ils se basent pour affirmer « l'effet bienfaisant des lois d'assurances sociales ».

Eussent-ils donc encore raison, que leurs arguments ne pourraient en aucune manière infirmer ceux d'un ordre beaucoup plus général et plus élevé que nous avons exposés plus haut. D'ailleurs, au point de vue biologique et social qui est le nôtre, à part quelques réticences facilement explicables par des raisons d'intérêt, ils paraissent de notre avis.

C'est le Docteur Werner qui nous dit :

La médecine, disons l'art médical, s'il n'y perd rien, n'y gagnera certainement pas. La médecine de caisse est d'un genre spécial, correspondant aux conditions spéciales dans lesquelles elle s'exerce : selon la conception

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, janvier 1922, p. 37.

du devoir, on peut lui conserver son caractère noble et idéal ou l'avilir. On voit les deux. Economiquement, les caisses de maladie nous donneront souvent une bonne créance, sûre, au lieu d'une douteuse (1).

Là encore, nous voyons, très légitimement du reste, poindre de nouveau l'intérêt professionnel. Et plus loin, à propos du contrôle et du ticket modérateur, il en affirme la nécessité et dit :

Nous sommes convaincus que vous partagerez pleinement notre avis à ce sujet, lorsque la pratique journalière et l'expérience en la matière vous auront appris qu'à côté des malades réels, il y a la foule des paresseux, des chômeurs, des profiteurs et des professionnels cherchant à abuser de votre bonté et de leur caisse.

Si les Alsaciens-Lorrains tiennent donc pécuniairement à l'assurance-maladie, ils ne nient pas cependant les défauts d'un autre ordre que nous lui avons reconnus, et Lafontaine et Quivy, eux aussi ne peuvent s'empêcher d'effleurer ce sujet tout en nous prévenant que cela ne les intéresse pas et qu'au point de vue social l'assurance-maladie a « des avantages et des « inconvénients sur lesquels nous n'avons pas à nous « étendre » (2). Ils nous disent cependant :

Qu'elle (l'assurance-maladie) ait pu diminuer la « personnalité » de ceux qui en profitent, fait naître une certaine démoralisation par le fait de cette sorte d' « auto-

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, janvier 1922, p. 41.

(2) *Le Médecin Syndicaliste*, octobre 1921, p. 588.

matisme » social qu'elle crée — par suite du jeu de ce mécanisme dans lequel l'assuré est balloté sans résistance — qu'elle ait, en enlevant à l'individu de l'importance, augmenté la part d'influence et d'importance de l'Etat ! cela est possible.

Donc à ce point de vue, qui est bien le nôtre, tous reconnaissent les défauts inhérents à l'assurance-maladie, tout en continuant à l'aimer pour d'autres raisons d'un ordre moins élevé. Ils affirment encore que « cela crée malgré tout une atmosphère qui rapproche un peu le médecin de caisse de la médecine « militaire » (1), qu'il y a « suppression du secret professionnel », qu'« il n'y a plus la même intimité entre « le médecin et le malade », et ils ajoutent que :

Cette modification (2) apportée dans les relations entre malade et médecin semble aujourd'hui ancrée dans les mœurs en Alsace. Les médecins semblent s'y être accommodés. La question du secret professionnel n'existe plus pour eux, ni, nous a-t-il semblé, pour leurs malades.

Même s'il était possible que la chose s'acclimatât de la même façon en France, loin de considérer cela comme un progrès, nous ne pourrions y voir en fin de compte qu'une infériorité de la médecine nouvelle par rapport à l'ancienne.

Et, plus loin, cette autre affirmation déjà rencontrée (3) : « La médecine de caisse a une autre carac-

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, octobre 1921, p. 589.

(2) *Le Médecin Syndicaliste*, octobre 1921, p. 589.

(3) *Le Médecin Syndicaliste*, octobre 1921, p. 590.

« téristique au point de vue technique; c'est une médecine hâtive ». Cependant, Lafontaine et Quivy, comme le Docteur Werner reconnaissent à cette médecine certains avantages techniques, en raison de ce qu'elle met plus largement à la portée du médecin les moyens d'investigation nécessaires pour le diagnostic, ainsi que les procédés de traitement les plus modernes; mais il nous semble que les malades pourraient profiter tout aussi utilement de ces moyens en dehors du cadre des assurances sociales obligatoires, et nous avons déjà vu la valeur réelle de ces moyens modernes, en ce qui concerne les sanatoria par exemple.

Nous ne citerons pas les conclusions de Lafontaine et Quivy car elles sont strictement professionnelles et par là même de peu d'intérêt pour nous.

Nous concluons donc que la majorité des médecins alsaciens-lorrains tiennent à l'assurance-maladie obligatoire parce qu'ils y voient, à tort croyons-nous, l'intérêt de leur profession, et non pas parce qu'ils la considèrent en elle-même comme un progrès biologique ou social réel. Leur opinion ne peut donc en aucune manière influencer la nôtre à ce point de vue.

On nous dira peut-être que nous nous en sommes tenus à l'avis des médecins, mais les médecins ne sont-ils pas bien placés pour juger des véritables intérêts de leurs malades, et, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine, la logique même de leurs conclusions suffit à nous les faire adopter; enfin, nous avons été particulièrement heureux de retrouver, dans la bouche d'un

professeur allemand qui a pu les voir fonctionner pendant 30 ans, les reproches de principe que nous avons déjà faits à ces lois d'assurances sociales.

Cependant, diront certains, les méfaits que vous considérez comme une conséquence logique de l'application des lois d'assurance obligatoire, se sont-ils produits en Allemagne ? Cela n'apparaît pas manifestement. Ces lois n'ont donc pas joué tout au moins le rôle de corrupteur moral que vous leur attribuez. Nous avons vu, avec le Professeur Brauer, ce qu'il fallait en penser, mais nous reconnaissons cependant volontiers qu'il y a dans cette affirmation une part de vérité.

Cela tient à plusieurs facteurs dont nous avons déjà parlé et qui n'infirmement en aucune manière la valeur de nos affirmations en ce qui regarde le peuple français. Ces facteurs, ce sont d'abord l'établissement très progressif des lois allemandes, puisque même au terme de leur apogée elles ne se sont jamais appliquées qu'au quart environ de la population, après en avoir longtemps régi une proportion bien moindre, enfin surtout, notion absolument essentielle, la mentalité toute spéciale du peuple allemand. Ce qui a sauvé l'Allemagne, ce qui l'a fait progresser malgré ses lois obligatoires d'assurances sociales, c'est sa formidable discipline et aussi peut-être une notion particulière de leurs devoirs envers le pays qu'y ont les masses populaires, envers ce « Deutschland über alles » qu'elles placent au-dessus de tout. Devoir dont l'accomplissement prime dans leur esprit l'obtention d'une foule d'avantages matériels.

Mais, supprimez, ou diminuez simplement la notion de ce devoir, jusqu'au point où elle existe encore chez la plupart des peuples civilisés, et les effets nocifs de ces lois se trouveront immédiatement déclanchés, comme la roue calée sur un terrain en pente et qui se met à descendre dès que la cale est retirée. Ce n'est qu'une comparaison, mais combien juste, nous semble-t-il, pour tous ceux qui ont connu le peuple allemand et son véritable état d'esprit.

Malgré cette discipline allemande, nous avons vu plus haut que les résultats ne sont pas merveilleux, et que, derrière une très belle façade, ce sont en réalité les intérêts les plus chers de l'individu et de la nation, le droit à la vie qui se trouvent lésés.

Cela irait-il mieux en France ? Oui, croyons-nous, mais en ce sens, qu'avec notre esprit frondeur, et surtout cette mentalité individualiste et critique que les masses allemandes qui ne la possèdent pas considèrent comme notre plus grave défaut, alors qu'elle est en réalité une de nos plus belles qualités, nous ne pourrions pas assurer longtemps le fonctionnement de la loi. Elle se trouverait rapidement boycottée de toutes parts. Notre esprit critique en verrait surtout les inconvénients sans en saisir les quelques avantages et nous ne saurions pas nous plier longtemps à la discipline qu'elle impose.

Et ce serait là en fin de compte, pour toutes les raisons que nous avons envisagées, le mieux qui puisse advenir.

VII

Les autres Législations étrangères

Il nous reste maintenant à jeter un rapide coup d'œil sur ce qui a été fait dans les autres pays.

Si intéressantes que puissent être ces autres législations, nous avons déjà dit le motif qui nous incite à ne pas trop nous y attarder, à savoir : la quasi impossibilité de juger sainement de leurs résultats à cause même de la trop courte durée de leur application.

Nous négligerons immédiatement le Luxembourg dont la législation est, comme nous devions bien le penser, un pur reflet de celle de l'Allemagne. Signalons cependant qu'il existe actuellement un projet de réforme qui, sans toucher au principe de la loi, amènerait quelques modifications de détails ayant toutes pour but l'augmentation des secours accordés aux ouvriers tout en diminuant leur participation pécuniaire. C'est bien ici encore une fois le facteur « Démagogie » que nous voyons agir.

L'Angleterre, elle aussi, n'est venue aux lois d'assurances sociales que par étapes. Les trois lois qui les

régissent s'échelonnent de 1908 à 1915, et ici comme en Allemagne, les lois d'assurance-vieillesse d'une part, et d'assurance-maladie-invalidité d'autre part, sont complètement indépendantes.

La loi relative à l'assistance-vieillesse est purement et simplement une loi d'assistance publique et non d'assurances sociales et sort par conséquent du cadre de notre étude. Elle consiste en une pension accordée à tous les vieillards indigents mise entièrement à la charge de l'Etat.

L'assurance-maladie-invalidité est obligatoire suivant les principes généraux déjà étudiés. Remarquons cependant que cette obligation s'étend à un nombre d'individus bien moindre que la loi allemande ou le projet français, car la loi devient simplement facultative pour ceux « qui jouissent d'une pension ou d'un revenu annuel d'une valeur minima de 26 livres, ne provenant pas de leur travail personnel ». 26 livres, cela ne fait que 650 fr. au pair, et environ 1.800 fr. au cours actuel, c'est relativement peu et ceci restreint certainement beaucoup le nombre des assurés obligatoires.

Retenons encore les chiffres des cotisations : a) 7 pence par semaine, pour les hommes; b) 6 pence pour les femmes; payés 3 pence par l'employeur, 4 pence pour l'assuré homme, 3 pence par l'assuré femme. 4 pence et 3 pence cela ne fait que 40 centimes et 30 centimes et au cours actuel qu'environ 1 fr. et 0 fr. 80 par semaine. Que nous sommes là loin des chiffres du projet français ! En prenant comme

base un salaire de 16 fr. par jour qui peut être pris, croyons-nous, comme moyenne générale, nous obtenons une cotisation de 0 fr. 85 par journée de travail, c'est-à-dire environ sept fois plus que les ouvriers anglais. Cela tient certainement, en partie du moins, à ce que les frais de l'assurance-vieillesse, qui est gratuite et limitée d'ailleurs aux seuls indigents, ne sont pas compris en Angleterre dans ces chiffres. Quoi qu'il en soit, les recouvrements anglais se feront certainement beaucoup plus facilement et avec moins d'à-coups que les nôtres.

A noter encore que le corps médical joue dans l'application de la loi un rôle au moins consultatif, plus important.

Lorsqu'il existe un comité médical local, représentant dûment qualifié des médecins résidant dans le comté, il doit être consulté par les commissaires ou le comité sur toutes les questions d'ordre général concernant le service des soins médicaux et en particulier sur les arrangements passés avec les médecins chargés de traiter les assurés.

Nous devons enfin citer un passage tout à fait remarquable que nous serions heureux de retrouver dans la loi française, mais que les pouvoirs publics préfèrent sans doute laisser aux Anglais tant il pourrait être pour eux gros de conséquences :

Maladies particulièrement intenses : épidémies. — Lorsqu'il est constaté après enquête que l'intensité d'une maladie (épidémie par exemple) est due soit aux condi-

tions de travail, de logement ou d'insalubrité dans une localité, soit à une distribution d'eau contaminée ou défectueuse, les commissaires peuvent prescrire à la personne ou à l'autorité qui néglige d'observer ou de faire appliquer les mesures d'hygiène, le remboursement des dépenses extraordinaires que sa négligence a entraînées pour le comité d'assurance.

Voilà certainement, pensons-nous, une chose tout à fait nouvelle, qui pourrait sans doute faire plus pour la santé publique que beaucoup de nos lois.

Signalons enfin que l'assurance contre la maladie et l'invalidité comprend l'assurance contre le chômage. Il est vraiment malheureux que les annexes du projet français ne donnent aucun renseignement sur cette partie de la loi.

En résumé, une chose nous paraît excellente dans la législation anglaise, c'est la possibilité pour les individus jouissant d'un revenu d'au moins 26 livres de s'exempter de l'assurance. C'est une satisfaction donnée à l'esprit de liberté qui règne en Angleterre comme chez nous, et pour rester d'accord avec l'esprit national, c'est-à-dire être viable, le projet français devrait au moins comprendre une clause de ce genre. La modicité des cotisations des ouvriers est aussi remarquable, mais, revers de la médaille auquel il fallait naturellement s'attendre, les caisses sont très pauvres, paraît-il, se suffisent à peine, et « ne peuvent plus payer » (1); renseignement qui nous a été confirmé

(1) JAYLE. — *Presse Médicale*, 1^{er} avril 1922.

par le Docteur Michon, avec ce détail précis que S^r Drage, rapporteur du « Poor Law System, estime l'augmentation des dépenses à 330 millions de livres ». Cette situation déplorable des caisses est due à l'intensité du chômage, les ouvriers qui ne travaillent pas ayant plus de tendance à se faire porter malades, et conséquence immédiate, il est question de réduire les honoraires médicaux. Ainsi donc, la loi anglaise paraît, financièrement du moins, en très mauvaise passe. A cause du chômage dira-t-on. Mais en France aussi l'on peut chômer un jour. Et comme le projet français repose sur la contribution de l'ouvrier bien plus encore que la loi anglaise, qu'advient-il alors ?

A d'autres points de vue, nous avons extrait des réponses à un questionnaire adressé aux praticiens anglais par le Docteur F. Decourt (1), quelques autres renseignements intéressants. Le contrôle technique existe bien en fait, et en partie double même, pourrions-nous dire. Il comprend en effet le contrôle d'Etat dont ne paraissent pas trop se plaindre les praticiens anglais, contrôle organisé par des fonctionnaires d'Etat : médecins divisionnaires et médecins inspecteurs, et le contrôle du sous-comité local formé par moitié des représentants des assurés et des médecins qui indique au ministre les « pénalités » à infliger au médecin.

Qui vont de la censure à la « recommandation » au ministre, d'une amende à l'exclusion même du service.

(1) *Le Médecin Syndicaliste*, février 1922, p. 92 à 112.

On voit donc que ce contrôle peut être appuyé de sanctions sérieuses. C'est bien là l'épée de Damoclès dont nous parlions plus haut.

Et plus loin, nous lisons que le comité médical peut être juge de :

la valeur d'un médecin d'assurance au point de vue de la compétence professionnelle.

Il est vrai que le médecin jouit de recours du même genre contre les assurés. Nous voyons donc, comme le dit Decourt, que :

Le praticien anglais est enveloppé par un réseau serré de contrôle administratif ou technique, contrôle effectué soit par l'état-major médical officiel, soit par le comité d'assurance et principalement par le sous-comité du service médical qui, ne l'oublions pas, ce qui atténue beaucoup les rigueurs du « filet », est composé par moitié de médecins élus par leurs confrères.

Écoutons encore Decourt au sujet de la pratique journalière :

Chez un praticien moyen, surtout dans les centres industriels, *le travail est beaucoup plus grand qu'auparavant*, surtout au point de vue des consultations.

L'assuré, au lieu de n'aller trouver son médecin que lorsqu'il est réellement malade, y va pour les moindres indispositions (for more trifling ailments), pour lesquelles il allait autrefois chez le pharmacien. Ce genre de consultation a engendré le « far-seeing doctor », le médecin qui regarde de loin son malade et que le paiement à forfait incite à des examens sommaires et rapides. Les critiques

abondent en Angleterre, sur ce point, tellement qu'on lit dans le rapport officiel de 1920, p. 44 : « Des insuffisances (shortcomings) variées ont été alléguées. Les principales sont que l'assuré est traité autrement que les malades payants, qu'il est l'objet de moins de considération, qu'après une longue pause dans une salle d'attente où il y a foule, il est admis avec une brusque réception et après un examen sommaire, ou même pas d'examen du tout, il est renvoyé rapidement avec une prescription, écrite à la hâte, de drogues à bon marché (with a hastily-written prescription of cheap drugs). De telles critiques se basent sur des fondements bien minces. Elles sont basées parfois sur un manque d'information ou de connaissance, parfois aussi sur un manque au devoir (failure of duty) de la part de quelques praticiens qui discréditent le service. Mais il serait vain de ne pas avouer qu'il y a quelque chose de vrai, en l'espèce, et que certains assurés, peu nombreux peut-être par rapport au nombre total, mais s'élevant à un grand nombre (a large number), dans les agglomérations, ne reçoivent pas, de leurs médecins d'assurance, les soins et l'attention auxquels ils ont droit. C'est surtout à cause de cela que le service médical de l'assurance n'a pas pris dans l'estime du public, cette haute place (that high place) qu'il pourrait et devrait avoir.

Et, plus loin, comme le dit le Docteur Cox, secrétaire général de la British medical Association :

Un certain nombre de gens, inscrits à un médecin d'assurance, iront trouver un praticien privé et le payeront. Certes, le cas est relativement rare. Il l'est cependant moins dans les villes, par suite de cette idée que le praticien d'assurance est d'ordre inférieur (is an inferior order of practitioner).

Inutile de rien ajouter, ce sont bien là les reproches que nous avons faits déjà à tout le système médical institué par les lois d'assurances sociales, et ce sont plus ou moins différemment exprimés les mêmes reproches que nous avons rencontrés en Alsace-Lorraine et en Allemagne.

Notons encore, un système plutôt curieux de modération des frais pharmaceutiques qui ne laisse au médecin qu'une liberté thérapeutique toute relative.

Si, par hasard, un docteur fait abus de prescriptions, les médecins du Panel Comittee, élus par les praticiens d'assurance et qui sont eux-mêmes des praticiens, jugent la question et le médecin « jugé par ses pairs » est prévenu que le Comité d'assurance, s'il continue, l'excluera du service d'après l'avis du Panel Comittee.

Et enfin, ce fait que beaucoup d'assurés se plaignent de la suppression du secret professionnel. Cela n'est pas pour nous étonner.

En Italie, l'assurance-maladie est encore organisée par la mutualité non subventionnée, l'Etat ne s'en occupe pas et elle n'est pas obligatoire. Par contre, l'assurance-maternité en est complètement indépendante et obligatoire, c'est là un point tout à fait particulier à ce pays. La caisse de maternité est alimentée par les ouvriers et patrons seuls sans intervention de l'Etat.

Quant à l'assurance invalidité-vieillesse et décès, elle était restée complètement libre jusqu'à ces derniers temps : le décret du 21 avril 1919 l'a rendue

obligatoire; mais la chose s'est faite avec une certaine progression cependant, car il y a eu des essais partiels du principe obligatoire à quelques catégories de professions avant d'en généraliser l'application.

Ce qui caractérise surtout à nos yeux la loi italienne comparativement au projet français, c'est, comme nous l'avons déjà vu en Angleterre, l'extension du principe d'obligation à un nombre bien moindre d'individus. En effet, sont assurés :

Les métayers et fermiers qui font ordinairement œuvre manuelle dans les exploitations, et dont le revenu annuel ne dépasse pas 3.600 lires.

Au pair la lire vaut le franc et ce chiffre reste bien en dessous des 10.000 fr. du projet français, mais au cours actuel cela ne fait pas plus de 2.500 fr., chiffre très bas comme on le voit. De même :

Ne sont pas astreints à l'assurance : les salariés dont la rémunération mensuelle dépasse 350 lires.

C'est-à-dire environ 12 lires par jour, salaire très bas, surtout si l'on pense que 12 lires ne valent pas 10 fr. Il est donc de ce fait laissé une grande liberté à un très grand nombre de salariés italiens.

Nous avons vu aussi que, d'une manière générale, la charge supportée par l'Etat était moins importante que chez nous et, en effet, le tout ne coûte que 150 millions de lires au Trésor, chiffre relativement faible.

De même, en ce qui concerne l'assurance faculta-

tive, les chiffres limites sont très bas : « Seuls peuvent y prétendre les ouvriers travaillant à leur compte dont le gain annuel ne dépasse pas 4.200 livres ». De plus, les assurés facultatifs ne peuvent bénéficier de la contribution de l'employeur.

Il y a dans cette loi italienne un excellent chapitre que devraient contenir toutes les législations de ce genre; il a trait aux « mesures de propagande d'hygiène sociale », et nous ne pouvons mieux faire que de le reproduire : La caisse a la faculté de concourir :

1° A encourager l'adoption de la diffusion des mesures les plus aptes à prévenir les accidents et les maladies du travail et à faire disparaître ou à atténuer les conditions spécialement dangereuses ou antihygiéniques inhérentes au métier où s'effectue le travail, aux matériaux employés ou aux méthodes de travail, à créer des écoles spéciales avec des cours de prévoyance, d'assurances sociales et d'assistance, et de secours immédiats;

2° A subventionner des cliniques, des sections hospitalières, des salles de visite ou autres institutions spécialisées par lesquelles on se propose le traitement des maladies pouvant avoir pour conséquence une condition d'invalidité, comme aussi des instituts de rééducation professionnelle.

En somme, nous devons conclure que la loi italienne, comme la loi anglaise, va beaucoup moins loin dans le sens de l'obligation que le projet français. Elle contient de plus certaines particularités très intéressantes.

Le Portugal était demeuré fidèle au principe de l'assurance volontaire jusqu'en ces dernières années,

mais un décret du 10 mai 1919 a institué l'assurance obligatoire contre la maladie, la vieillesse et les accidents. Le système portugais est d'ailleurs tout à fait particulier : D'abord, l'Etat ne supporte aucune charge. En ce qui concerne l'assurance maladie, toute la population de 15 à 75 ans paie, mais tandis que les classes riches paient beaucoup sans rien recevoir, les classes pauvres paient peu et bénéficient de soins et allocations pécuniaires. Pour ce qui est de l'assurance-invalidité et vieillesse, les employeurs paient encore beaucoup plus que les salariés : 6 % au lieu de 1,5 % des salaires. Au fond, ce n'est donc qu'un impôt déguisé des classes riches en faveur des classes pauvres.

La Roumanie est, elle aussi, entrée dans la voie des assurances obligatoires par la loi du 27 janvier 1912 légèrement modifiée par les lois des 26 avril et 31 mai 1913.

L'assurance-maladie y est caractérisée par ce fait que les fonds proviennent entièrement des assurés. L'Etat ne supporte aucune charge et les patrons ne sont pas tenus à une contribution obligatoire. Sauf cependant en ce qui concerne les cotisations des apprentis et des apprentis compagnons qui ne reçoivent pas de salaire, et qui sont entièrement supportées par les patrons.

L'assurance-invalidité-vieillesse relève du type générale avec obligations et cotisations des assurés, des patrons et de l'Etat par parties égales. L'obligation paraît s'étendre à une très grande proportion de la population et il n'est pas question d'assurés faculta-

tifs. En somme, législation qui ressemble beaucoup aux lois allemandes, ce qui ne doit étonner personne si l'on se rappelle l'influence qu'exerçait l'Allemagne sur la Roumanie avant la guerre. Un détail important à noter cependant, c'est que, tandis que les assurés allemands ne paient que les deux tiers de l'assurance-maladie, les assurés roumains la paient toute entière.

En Suède, nous nous trouvons depuis le 1^{er} janvier 1914 en présence d'un système absolument différent : l'assurance cesse d'être ici essentiellement ouvrière, les bénéfices de l'assurance sont étendus à toute la population sans conditions de revenu. Comme le dit l'annexe XXIII du projet français :

L'assurance sociale est substituée à l'assurance ouvrière et devient l'assurance nationale.

Elle est obligatoire pour tous, sauf de très rares exceptions. A noter la définition de l'invalidé qui nous paraît très juste :

Est considéré comme atteint d'incapacité permanente de travail, quiconque, par suite d'âge avancé, de maladie physique ou mentale, d'infirmité ou de défaut, se trouve hors d'état de continuer à gagner sa vie par des travaux en rapport avec ses forces et ses facultés.

A noter aussi les sanctions prévues, et nous saisissons ici pour la première fois une ébauche de contrôle de la valeur de l'assuré, contrôle qui nous est apparu absolument nécessaire si nous voulons des lois biologiquement saines, et qui peut remédier, en partie

du moins, à cette prime à la paresse et au moindre effort qui résulte des assurances sociales.

Sanctions. — En cas de fraude dans la déclaration du revenu, de négligence dans le versement des cotisations, de paresse évidente, d'ivrognerie habituelle, la pension additionnelle peut être supprimée ou réduite. En cas d'emprisonnement, la pension additionnelle est également supprimée, mais la loi autorise les parents dont l'assuré était le soutien à en bénéficier à sa place. De même, en cas d'internement dans un asile, cet établissement a le droit de toucher le montant de la pension.

Retenons surtout « la paresse évidente et l'ivrognerie habituelle ».

Les ressources proviennent des assurés, de l'Etat et des communes. Les frais de l'Etat s'élèvent à 38 millions de couronnes par an, et, détail intéressant pour la stabilité financière des caisses, sont couverts « par « une augmentation du droit sur le tabac et à l'aide « de revenus provenant de l'extraction du minerai de « fer dans le nord de la Suède ». Il nous a été malheureusement impossible de recueillir des renseignements précis sur les résultats donnés par ce mode d'assurances. Nous devons surtout en retenir l'essai de contrôle tout au moins moral sur la valeur des assurés.

La législation suisse est intéressante à connaître, car là plus que partout ailleurs, grâce au referendum auquel sont soumises les lois avant de devenir applicables, nous pouvons juger des véritables désirs du peuple qui restent le plus souvent assez voilés quand

il confère à des députés le droit de légiférer pour lui. Or, le Parlement fédéral avait bien voté dès 1899 une loi unique : maladie, invalidité, vieillesse basée sur le système allemand, mais elle fut repoussée par le referendum populaire du 20 mai 1900. Le peuple ne pouvait dire plus clairement qu'il ne voulait pas de cette assurance obligatoire.

Un nouveau texte fut ratifié en 1912 qui sépare l'assurance-maladie de l'assurance-accidents. L'assurance contre les accidents est obligatoire et avec juste raison comme partout, mais l'assurance-maladie reste facultative avec possibilité de devenir obligatoire dans les cantons qui le décrètent ainsi. Et l'obligation absolue n'a été admise que par un nombre très restreint de cantons. A noter qu'en cas de maladie, les prestations en nature, c'est-à-dire les soins, peuvent être remplacés par une indemnité pécuniaire, dite « indemnité journalière de chômage ». Cette loi ne tend pas à l'absorption de la mutualité privée par les organismes officiels, tout au contraire, elle a eu pour principal but. et nous ne pouvons que l'en féliciter, de développer les institutions mutualistes déjà existantes. Ces caisses mutualistes reconnues groupaient, le 31 décembre 1919, 721.452 assurés. Il n'existe pas encore de loi générale réglant l'invalidité-vieillesse. Il existe bien un projet de révision datant de 1919 et tendant à l'établissement du principe d'obligation, mais rien ne prouve que le peuple l'acceptera mieux que la première fois. En somme, le peuple suisse, qui doit sa

grande sagesse au long usage qu'il a de la liberté, a préféré garder cette liberté. Retenons cette leçon.

Si la Suisse nous ressemble par son amour de la liberté, il est un autre pays qui nous ressemble beaucoup plus encore par la tournure générale de son esprit, et avec lequel les liens d'amitié réciproque qui nous unissent depuis des siècles, se sont encore resserrés au cours de la dernière guerre, au point de ne plus faire presque de nos deux nations qu'un seul peuple. Nous voulons parler de la Belgique, et c'est à ces divers titres que la manière dont y ont été envisagées les lois d'assurances sociales doit nous intéresser plus particulièrement.

Comme le dit l'annexe XVIII du projet français (1) :

La législation belge sur les assurances sociales procède d'un principe entièrement différent de celui qui inspire la législation allemande. Tandis qu'elle est dominée par le principe d'obligation, les lois belges organisent un système d'encouragement à l'assurance par de larges subventions de l'Etat suivant le principe de la liberté subsidiée.

Cette liberté qui nous paraît indispensable à tout système sérieux d'assurances sociales, les Belges, rompant avec le système allemand, n'ont donc pas voulu s'en séparer. Retenons-le.

Et les autres dispositions des lois belges découlent logiquement de ce principe :

(1) p. 114.

L'assurance-maladie et invalidité est laissée aux soins de la mutualité subventionnée par l'Etat dans les conditions fixées par les lois des 23 juin 1894. 19 mars 1898, 5 mai 1912, 30 juillet 1913 (1).

Ces lois ont comme but unique de fixer les conditions que doivent remplir les différentes sociétés pour avoir droit à l'assistance de l'Etat, et les détails du contrôle gouvernemental; mais, à l'encontre du projet français, aucune n'implique l'obligation.

En ce qui concerne l'assurance contre la vieillesse :

Le rapport déposé le 30 janvier 1900 concluait après avoir repoussé le principe de l'assurance obligatoire, à limiter l'intervention de l'Etat à des mesures diverses d'encouragement à la prévoyance. En d'autres termes, c'était l'assurance libre avec l'aide des subsides des pouvoirs publics qui était préconisée (2).

La loi du 10 mai 1900, modifiée ensuite (3), organise un système de primes annuelles d'encouragement en vue de la constitution de pensions de vieillesse. Ces secours ont pour but de pousser les personnes âgées de moins de 55 ans au moment de l'application de la loi, à s'affilier volontairement soit par l'intermédiaire des mutualités reconnues, soit directement à la caisse de retraite de l'Etat.

... Le tout est alimenté 1° par une allocation budgétaire annuelle de 15 millions; 2° en cas d'insuffisance par des ressources exceptionnelles.

(1) p. 114.

(2) p. 116.

(3) p. 117.

L'annexe du premier projet français fait suivre cet exposé de la législation belge de quelques commentaires :

Néanmoins (1), le législateur a été amené à juger l'insuffisance de ce système pour assurer aux salariés ce bien, indispensable dans nos sociétés modernes qu'est la sécurité.

Et par étapes la Belgique s'achemine vers un régime d'assurances sociales obligatoire qui enserrera dans un réseau protecteur tous les risques qui menacent l'ouvrier.

Et plus loin, à propos de l'assurance des ouvriers mineurs, qui reste en Belgique tout à fait indépendante des autres assurances, elle insiste sur les dispositions de la loi du 30 août 1920 qui la rend obligatoire, et ajoute :

C'est le premier pas (2) vers une transformation intégrale du système des assurances sociales belges. Il apparaît qu'en Belgique une réforme dans le sens de l'obligation est à la veille d'être effectuée.

Or, s'il était permis d'écrire ces lignes à l'époque où le premier projet de loi français fut imprimé, la situation a bien changé depuis. En effet, comme le dit le Docteur Jayle dans la *Presse médicale* du 26 août dernier :

Le système allemand de l'assurance-maladie vient

(1) p. 118.

(2) p. 119.

d'échouer une fois de plus. Le Parlement belge ne l'accepte pas; nos amis et alliés, qui ont du bon sens et de la délicatesse de touche, se sont simplement retranchés derrière l'argument financier, sans en chercher d'autres; pour soi-disant diminuer les charges de la population, ils n'ont pas jugé utile de commencer par planter un jalon de ruine à longue portée.

Une commission spéciale avait été instituée pour élaborer un avant-projet de loi sur les assurances sociales. Cet avant-projet, bâti en grande partie suivant le modèle allemand, contenait le principe d'obligation et se rapprochait dans l'ensemble du projet français. Or, sans faire intervenir aucune question de principe, le Parlement belge a simplement pensé que :

Dans l'état actuel des finances (1), la réalisation totale de ce projet vient d'apparaître impossible, et les partisans du projet ne cherchent plus qu'une réalisation partielle; et encore ne sont-ils pas sûrs d'aboutir.

Ainsi donc, en Belgique comme en Suisse, le principe des assurances obligatoires a échoué, pour des raisons financières semble-t-il à première vue; nous pourrions nous en tenir là et dire que ces raisons financières qui ont fait réfléchir les Belges existent tout aussi impérieuses en France. Mais, ne cachent-elles pas au fond, l'antipathie profonde qui, en Belgique comme chez nous, assaille immédiatement toutes les tentatives ayant pour but la limitation de la liberté

(1) JAYLE. — *Presse Médicale*, 26 août 1922, p. 1424.

individuelle ? Et, si les Belges n'avaient eu à se préoccuper des difficultés financières du moment, auraient-ils accepté le principe d'obligation pour tous les travailleurs ?

Nous ne le croyons pas, et toute leur législation d'avant guerre, alors qu'ils étaient financièrement libres d'agir à leur guise, plaide en ce sens.

Ainsi donc, nous voyons, là encore, l'échec complet des principes d'obligation. Puisse cet exemple de la nation qui, à tous les points de vue, nous touche de plus près, nous servir de leçon.

Ayant ainsi rapidement passé en revue les différentes formes d'assurances sociales, que devons-nous en retenir ?

Qu'il nous soit d'abord permis de ne plus revenir sur les législations de l'Alsace-Lorraine, de l'Allemagne et du Luxembourg que nous croyons avoir assez longuement étudiées dans le chapitre précédent.

Parmi les autres pays, aucun ne va aussi loin que la France dans l'application du principe d'obligation. Certains même ont introduit la notion de contrôle de la valeur des assurés, et, ce sont précisément là les deux grandes erreurs de principe : obligation et manque de contrôle, que nous reprochons au projet français. Mais, ne croyons pas cependant, que même dans cette voie, les législations étrangères soient arrivées à la perfection. En dehors de cette question de principe, il y a certainement une foule de détails, de modalités d'exécution que nous avons indiqués au

fur et à mesure, et dont le projet français aurait bien fait de s'inspirer.

Qu'il ne nous reste surtout pas de cette étude l'impression que le monde entier a adopté la législation allemande et que, suivant les affirmations de certains, nous restons seuls « en retard ». La Roumanie, l'Italie, l'Angleterre imitent l'Allemagne, mais avec bien des modifications importantes comme nous l'avons vu. Tandis que d'autres pays, ses très proches voisins : la Suisse et la Belgique, pays neutres qui auraient dû les premiers subir son influence, ne veulent pas du système allemand. N'est-ce pas que, mieux placés pour le juger, ils en ont mieux compris les défauts ? Et puis, le reste du monde y compris les deux Amériques, le Japon, les Dominions anglais, l'immense Russie et de nombreux états européens ne paraissent pas vouloir suivre la même voie. Nous ne nous trouvons donc pas là en face d'une loi humaine devant laquelle nous devons nous incliner, mais bien plutôt d'une loi germanique, peut-être adaptée au monde germanique surtout tel qu'il était avant la guerre, mais certainement inadaptable à notre esprit français.

VIII

Conclusions

1° Les associations formées par les hommes dans le but de supporter en commun certains risques de la vie, nous paraissent, du point de vue biologique, normales et bonnes, aussi longtemps qu'elles demeurent facultatives et qu'elles respectent la liberté de chacun.

2° Les lois modernes d'assurances sociales, à cause de la négation de cette liberté et de l'obligation qu'elles impliquent, sont au contraire, biologiquement parlant, anormales et mauvaises.

3° Ces lois ont une origine surtout politique et nous paraissent plus facilement compatibles avec l'esprit germanique qui les a engendrées qu'avec l'esprit français.

4° Les législations étrangères ont à leur base les mêmes erreurs de principe que le projet français, mais aucune ne s'aventure aussi loin que lui.

5° En dehors de ces questions de principe, le projet français contient de nombreux détails à réviser, et, pour nous limiter à l'assurance-maladie, nous estimons que son bon fonctionnement est intimement lié au maintien de rapports directs entre le malade et son médecin, sans l'interposition d'aucun organisme étranger tel qu'une caisse, et au paiement par le malade d'une fraction importante des frais médicaux, ce que permettrait par exemple l'établissement de tickets modérateurs élevés.

Vu : Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,

SERGEANT.

Vu et PERMIS d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Vu :

Le Doyen,

ROGER.

Bibliographie

- BOUDIN. — Specklin et Duchesne. *Concours médical*, 1921.
n^{os} 21, 22, 23, 24, 25, 26.
— *Les Assurances sociales*.
- DESFOSSÉS. — *Presse Médicale*, 1920, n^o 96.
— *Presse Médicale*, 1921, n^o 98.
- F. DECOURT. — *Médecin Syndicaliste*, février 1922.
— *L'Assurance-maladie en Angleterre*.
- DUCHESNE. — *Concours médical*, 1922, n^o 33.
— *Le rôle de la Mutualité et du Corps médical*.
- A. DUPIN. — *Thèse Bordeaux*.
- Marcel DURAND. — *Vie Médicale*, 5 décembre 1920. A propos de l'assurance-maladie : prévoyance et liberté.
— *Vie Médicale*, 27 mai 1921. Le ticket modérateur.
— *Vie Médicale*, 10 juin 1921. Le projet gouvernemental d'assurance-maladie-invalidité et les syndicats médicaux.
- GISS. — *Médecin Syndicaliste*, 1^{er} avril 1922. Les origines des assurances sociales en Alsace-Lorraine.
- HELME. — *Presse Médicale*, 14 mai 1921.
— *Revue moderne de Médecine et de Chirurgie*, février-mars 1922. Vues générales sur la loi d'assurances sociales. L'opinion du législateur.
— *Revue moderne de Médecine et de Chirurgie*, avril-mai 1922. Encore la loi d'assurances sociales.
- JAYLE. — *Presse Médicale*, 1^{er} avril 1922. Historique du projet des assurances sociales déposé au Parlement.
— *Presse Médicale*, 22 avril 1922. Etude critique du projet sur les assurances sociales déposé au Parlement.

- *Presse Médicale*, 26 juillet 1922. L'assurance-maladie en Allemagne. Le cataclysme.
- *Presse Médicale*, 26 août 1922. L'assurance-maladie en Belgique.
- S. M. S., octobre 1921. Remarques générales sur le projet de loi sur les assurances sociales.
- S. M. S., avril 1922. Assurance maladie-invalidité. Etat actuel du projet de loi.
- R. LAFONTAINE. — *Médecin Syndicaliste*, 1^{er} avril 1922. Les vraies origines de l'Assurance sociale.
- *Médecin Syndicaliste*, février 1921. Une erreur du système alsacien en matière d'assurance-maladie : le Forfait.
- LAFONTAINE et QUIVY. — *Médecin Syndicaliste*, octobre 1921. Notre enquête en Alsace-Lorraine.
- LEGRAND. — *Presse Médicale*, 1^{er} février 1922.
- MICHON. — *Médecin Syndicaliste*, février 1921. L'assurance-maladie-invalidité. Discussion à l'assemblée générale du 4 décembre.
- *Bulletin Officiel du Syndicat des Médecins du Rhône*, décembre 1921.
- S. M. S., janvier-février 1922. Discussion sur l'assurance-maladie-invalidité à l'assemblée générale du 4 décembre 1921.
- *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, février-mars 1922. L'Opinion du Praticien.
- *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, avril-mai 1922. Encore la loi d'Assurances sociales.
- RINUY. — S. M. S., octobre 1921. L'Assurance-invalidité-maladie : Le Projet du Gouvernement, rapport.
- LE CORRESPONDANT. — 18 janvier 1921. Les Assurances sociales.

